

## Отзыв согласия на передачу данных в ИСОБГ

Я отзываю согласие, данное мной \_\_\_\_\_  
(название организации), на использование и внесение моих персональных данных и  
данных моего ребенка в возрасте до 18 лет в Информационную систему об обслуживании  
бездомных граждан округа Контра-Косты (ИСОБГ).

### Персональная информация, которую необходимо удалить из системы:

(Отметьте, какую информацию следует удалить из ИСОБГ)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Мои имя и фамилия                 | <input type="checkbox"/> Моя национальность                      |
| <input type="checkbox"/> Мой номер социального страхования | <input type="checkbox"/> Моя расовая принадлежность              |
| <input type="checkbox"/> Мой день и месяц рождения         | <input type="checkbox"/> Номер моего водительского удостоверения |
| <input type="checkbox"/> Мой последний адрес проживания    | <input type="checkbox"/> Номер моей медицинской карты            |
| <input type="checkbox"/> Мой номер телефона                | <input type="checkbox"/> Мой пол                                 |

### Если применимо: информация о несовершеннолетнем ребенке, которую следует удалить из системы:

(Отметьте, какую информацию следует удалить из ИСОБГ)

Укажите имя (имена) ребенка/детей:

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Имя и фамилия ребенка _____                           |
| <input type="checkbox"/> Номер социального страхования ребенка _____           |
| <input type="checkbox"/> День и месяц рождения ребенка _____                   |
| <input type="checkbox"/> Последний адрес проживания ребенка _____              |
| <input type="checkbox"/> Номер телефона ребенка _____                          |
| <input type="checkbox"/> Национальность / расовая принадлежность ребенка _____ |
| <input type="checkbox"/> Пол ребенка _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Номер медицинской карты ребенка _____                 |

### Вся неидентифицирующая вашу личность информация останется в системе:

Образование, год рождения, программа, въезд/выезд, любая другая неидентифицирующая личность информация

Я понимаю, что буду продолжать получать те же услуги от указанной организации,  
независимо от наличия моего согласия на внесение моих личных данных в ИСОБГ.

\_\_\_\_\_  
Подпись клиента (или родителя/опекуна)

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Кем приходится клиенту

\_\_\_\_\_  
Имя клиента печатными буквами (разборчиво)

\_\_\_\_\_  
Подпись свидетеля от организации

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя сотрудника организации печатными буквами (разборчиво)

**ТОЛЬКО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ОРГАНИЗАЦИИ:** Введите *уникальный идентификатор клиента*  
в ИСОБГ, когда клиент заполнит все поля выше и поставит свою подпись.

После заполнения безопасным образом отправьте эту форму по электронной почте на адрес  
[H3REDteam@cchealth.org](mailto:H3REDteam@cchealth.org).

\_\_\_\_\_  
*Уникальный идентификатор клиента в ИСОБГ*