



☐ Plataforma General

☐ Plataforma VD

Coalición de San Juan, Inc.
Proyecto Enlace



FAVOR DE MARCAR EL FONDO DEL PROYECTO DONDE TRABAJARÁ:

- ☐ HUD – ESG ☐ HUD – CoC ☐ HUD – ESG-CV ☐ HHS – PATH
☐ HMIS – HOPWA ☐ HHS – RHY ☐ VA – SSVF ☐ VA – Healthcare for Homeless
☐ VA – TH ☐ HMIS – NO AFILIADA ☐ OTHER: _____

Solicitud de Cuenta de Usuario(a) Nuevo(a)

Esta forma deberá ser completada por toda persona que vaya a interactuar con el HMIS de Proyecto Enlace, administrado por la Coalición de San Juan, Inc. Por favor provea la siguiente información:

Fecha de adiestramiento: _____

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____

Posición: _____

Organización o Municipio: _____

Programa: _____ ¿Autónomo? ☐ Sí ☐ No

Correo electrónico que utilizará: _____
Nota: Debe utilizar correo electrónico laboral o relacionado a su organización

¿Sustituyendo a otro usuario? ☐ Sí ☐ No

Nombre del usuario a sustituir: _____

Acuerdo de Confidencialidad

Acuerdo mantener estricta confidencialidad de la información obtenida a través del sistema de Proyecto Enlace. Utilizaré esta información sólo para la administración y presentación legítima de servicios al cliente. Entiendo que cualquier violación o brecha de confidencialidad podría resultar en la terminación inmediata de mis privilegios como usuario (a) del HMIS de Proyecto Enlace administrado por la Coalición de San Juan, Inc.

Nombre Completo de Usuario (a) en HMIS

Firma – Usuario (a)

Fecha

Para uso exclusivo del Proyecto Enlace:

Niveles de Acceso para Usuario(a) del HMIS:

- ☐ “Data Entry” - Este acceso le permite al “data entry” hacer búsquedas en la base de datos en el área de agencias y programas. Puede realizar informes. Puede ver información universal y de registro de la agencia. Tiene acceso al área de Salud (pruebas de laboratorios, historial de drogas). NO tiene acceso al área de Administración.

Nombre del Usuario de HMIS: _____

Contraseña Original: _____

Expedida en: _____

Fecha: _____

Director Ejecutivo: _____



Coalición de San Juan, Inc. Proyecto Enlace



Acuerdo de Confidencialidad y No-Divulgación

La información de la organización, agencia gubernamental estatal o municipal o la que aplique, que incluye, pero no se limita a información financiera, información de salud protegida que identifique al cliente y/o participante en un plan, información que identifique al empleado, propiedad intelectual, contractual o que pueda conceder una ventaja competitiva, de cualquier fuente o en cualquier forma (papel, magnética, óptica, conversaciones, etc.) puede ser considerada confidencial. La confidencialidad, integridad y disponibilidad de esta información debe ser preservada. El valor y sensibilidad de esta información está protegida por ley y por las políticas de, (Nombre de la Organización, Agencia o Municipio), de ahora en

adelante conocida como el o la AGENCIA PARTICIPANTE. La intención de estas leyes y políticas es asegurar que la información se mantenga confidencial. Se use con el único propósito de cumplir con los propósitos de la propuesta y el cuidado continuo requerido por HUD para levantar los datos electrónicos en el HMIS.

Por tales motivos, a todos los empleados (as) se requiere firmar un acuerdo de confidencialidad donde los empleados (as):

- se comprometen a cumplir con todas las leyes y reglamentaciones estatales, federales, presentes y futuras, y con las políticas y procedimientos de la **Coalición de San Juan, Inc., administradora del PROYECTO ENLACE**, relacionadas con la recopilación, almacenamiento, recuperación y diseminación de información de salud o financiera de las personas que solicitan sus servicios.
- se comprometen a limitar el acceso a la información suministrada por la **Coalición de San Juan, Inc., administradora del PROYECTO ENLACE**, a aquellos empleados (as) que estén autorizados (as) para verificar elegibilidad de servicios o entrar a los archivos del sistema para proveer los servicios o tratamientos solicitados.
- acuerdan ejercer la debida diligencia y cuidado al asignar personal reconociendo y aceptando la responsabilidad que contrae para acceder información personal para el uso del sistema de la **Coalición de San Juan, Inc., administradora del PROYECTO ENLACE**.
- se comprometen a respetar la confidencialidad de la información de las personas que solicitan los servicios, incluso después de cesar sus labores como empleado (a) de la institución, ya sea por renuncia o despido.

Luego de ser adiestrado, al personal autorizado como usuario(a), y se determinará su nivel de acceso. Cada acuerdo de confidencialidad firmado por los(as) empleados(as) de la AGENCIA PARTICIPANTE, será mantenido en su archivo. Se verificará que los documentos estén correctos y que las personas estén autorizadas a acceder, registrar y manejar información en el sistema. Inmediatamente la Coalición, a través de su técnico de servicio directo, autoriza el acceso con la contraseña genérica, el usuario(a) debe cambiar la misma confidencialmente a una contraseña única. Se acuerda, además suministrar a la **Coalición de San Juan, Inc., administradora del PROYECTO ENLACE**, los nombres de todo el personal que tienen acceso a la información de las personas que solicitan servicios de el o la AGENCIA PARTICIPANTE y certificar que el personal está autorizado para tener acceso a dicha información, según lo provisto por este Acuerdo. Además, la **Coalición de San Juan, Inc., administradora del PROYECTO ENLACE**, se reserva el derecho de desautorizar el acceso a la información en el sistema a cualquier individuo o AGENCIA PARTICIPANTE, si sospecha de violaciones a los términos de este Acuerdo, y reanudar el acceso a dicha información una vez se asegure satisfactoriamente que no ocurrieron las violaciones, o que las mismas han sido corregidas o eliminadas.

Por su parte, la AGENCIA PARTICIPANTE, por medio de su personal, será responsable del mantenimiento, exactitud y seguridad de todos sus archivos y por el adiestramiento de su personal con relación a la seguridad y confidencialidad del sistema.

Declaración de Confidencialidad

Conforme a lo antes expuesto, yo, (Nombre de la Persona o Empleado (a)) como empleado(a) de la AGENCIA PARTICIPANTE, acepto y me comprometo a mantener en la más estricta confidencialidad la información obtenida y/o manejada a través del sistema de red de computadoras de la **Coalición de San Juan, Inc., administradora del PROYECTO ENLACE**. Dicha información sólo será utilizada para brindar servicios a las personas sin hogar. Entiendo y acepto que el "username" y el "password" es único e individual, y no es transferible.

Al firmar este documento acepto que cualquier violación a la privacidad, confidencialidad y/o seguridad de dicha información, más allá de aquellos naturales e inevitables dentro del ambiente de trabajo en que se proveen los servicios, resultará en la terminación inmediata de empleo en la AGENCIA PARTICIPANTE y/o de la **Coalición de San Juan, Inc., administradora del PROYECTO ENLACE**.

Firma de la Persona o Empleado(a)
Nombre del director(a) Ejecutivo de la Entidad

Fecha
Firma del Director (a) Ejecutivo de la Entidad

Email autorizado:

El email autorizado para la creación del usuario en HMIS es:



Coalición de San Juan, Inc. Proyecto Enlace



Declaración de Responsabilidad del Usuario(a)

Su nombre de usuario ("username") y contraseña ("password") le darán acceso al sistema de la red de trabajo del PROYECTO ENLACE administrado por Coalición de San Juan, Inc. Anote sus iniciales al lado de cada una de las premisas que se mencionan a continuación para indicar que conoce la forma apropiada del uso de su nombre de usuario ("username") y contraseña ("password"). Luego firme donde se indica al final de este documento. Cualquier incumplimiento con las disposiciones de las normas de confidencialidad que se mencionan a continuación, será suficiente para bloquear el acceso al sistema y notificar a la entidad o municipio patrono, la que aplique, de forma inmediata.

Iniciales solamente

_____ Comprendo y acepto que mi nombre de usuario y contraseña ("password") son para el uso exclusivo del desempeño de mis labores en _____ y el PROYECTO ENLACE administrado por Coalición de San Juan, Inc.

_____ Comprendo, acepto y me obligo a tomar todas las medidas necesarias para mantener la confidencialidad y seguridad de la información que acceda con mi nombre de usuario y contraseña. Entiendo que cada tres meses debo cambiar Contraseña. A estos efectos acataré las políticas y procedimientos de privacidad, confidencialidad y seguridad que existentes, o que diseñe e implante la institución para cumplimiento reglamentario.

_____ Comprendo y acepto a que la única persona que puede tener acceso a la información de las personas que solicitan servicios de hogar o tratamiento, almacenadas en nuestros archivos computadorizados, son usuarios *autorizados*. Acepto que la Contraseña NO es TRANSFERIBLE. Además de las personas a quienes les pertenece la información.

_____ Comprendo y acepto a que sólo utilizaré y/o observaré las bases de datos que sean necesarias para realizar mi trabajo.

_____ Comprendo que estas reglas aplican a todos los niveles de usuarios sin importar su trabajo, rol o puesto.

_____ Comprendo y acepto que cualquier copia que contenga información personal, demográfica o de salud de las personas a quienes ofrecemos servicios, deberá mantenerse en un archivo seguro.

_____ Comprendo, acepto y me obligo a que una vez alguna copia con dicha información no sea necesaria, será destruida para evitar divulgaciones innecesarias, de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos por la institución a estos efectos.

_____ Comprendo, acepto y me obligo a que, si soy notificado, o sospecho, de alguna violación a las disposiciones de seguridad, confidencialidad y/o privacidad, notificaré a PROYECTO ENLACE / Coalición de San Juan, Inc., al (787) 294-5836 de inmediato.

Comprendo y acepto regirme por los incisos arriba mencionados en esta declaración.

Nombre de Usuario(a) de HMIS
(en letra de molde)

Firma de Usuario (a) de HMIS

Fecha



ACUERDO DE USUARIOS AUTORIZADOS DE HMIS CON RELACIÓN AL PLAN DE CALIDAD DE DATOS

EL PROPÓSITO DE ESTE ACUERDO CONSISTE EN ASEGURAR QUE TODO “DATA ENTRY” DEL HOMELESS MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM (HMIS) SE COMPROMETA A ALCANZAR Y MANTENER EL PLAN DE CALIDAD DE DATOS DE LA COALICIÓN DE SAN JUAN, INC. PARA SU PROYECTO ENLACE.

Yo _____ usuario de la base de datos autorizado por _____ (organización o municipio) para entrar los datos en HMIS del Programa _____

Entiendo que:

- Es mi responsabilidad y deber entrar los datos a HMIS en el tiempo estipulado.
- Haré una entrada de datos completa para así cumplir con lo exigido por Vivienda Federal, asegurar que esté en HMIS la suficiente información del cliente, de los servicios y asegurar que los reportes sean confiables.
- Me aseguraré de entrar los datos a HMIS de la forma en que mejor, represente la realidad del cliente y los programas que le sirven.
- Reconozco que recibiré visitas de Monitorías por personal de Proyecto Enlace, o de cualquier otra persona representante de Proyecto Enlace debidamente identificada para ejecutar esa labor.
- Se elaborarán reportes periódicos que medirán las ejecutorias en los programas y la calidad de los datos entrados a HMIS.
- Al cumplir con el Plan de Calidad de Datos no solo ayudaré a preparar las estadísticas anuales de personas sin hogar, sino que también aportaré en identificar las necesidades que tiene esta población en el Sistema de Cuidado Continuo del COC-PR-502

Entiendo y acepto lo arriba mencionado.

Nombre del Usuario
(Letra de molde)

Firma del Usuario

cc. Director Ejecutivo

Fecha



ACUSE DE RECIBO

Declaración de Propósito

La Coalición se propone prevenir, combatir y atender las causas y aflicciones generadas por los diversos males sociales que afectan a la sociedad, de una manera proactiva y humanitaria; tales como: el sinhogarismo, el maltrato, la vivienda, educación y adicciones, entre otros.

Direcciones y Teléfonos

Dirección Postal
P.O. Box 194590
San Juan, PR
00919-4590

Dirección Física
Corporate Office Park # 36
Edificio ASG Suite 302
Bo. Monacillos,
San Juan, PR 00928

Tel. 787-294-5836
Fax 787-294-5837

Correo electrónico:
info@coalicionpr.com

Página Web:

www.coalicionpr.com



FECHA: _____ de _____ de _____.

DE: **COALICIÓN DE SAN JUAN, INC.**

ASUNTO: **ENVÍO DE PLAN DE CALIDAD DE DATOS**

Yo, _____ de la organización
Nombre del Usuario

o municipio _____, certifico haber
Nombre de la Organización y Proyecto

recibido el **Plan de Calidad de Datos** del **Proyecto Enlace** y me comprometo a
revisar y leerlo en su totalidad. El Plan de Calidad de Datos fue enviado
electrónicamente en la fecha antes mencionada.

RECIBIDO POR: _____
Firma

FECHA: _____