



Declaración De Responsabilidad Del/La Usuario/a

Nombre del/la Empleado/a: _____

Puesto que ocupa: _____

Nombre de la Agencia: _____

Nombre del Alcalde - del/a Directora/a Ejecutivo/a: _____

Todo/a usuario/a que participa en la entrada de datos del Proyecto de HMIS Conexión Boricua deberá comprometerse a cumplir con una serie de normas de Privacidad y Confidencialidad como parte de sus responsabilidades. Cualquier incumplimiento con las disposiciones de las normas que se mencionan a continuación, podría ser suficiente para tomar medidas disciplinarias severas.

_____ Todo/a usuario/a se verá obligado a asistir a los adiestramientos que le capacitarán para el buen uso del sistema y el cumplimiento con los estándares de HUD.

_____ A cada usuario/a se le proveerá un nombre de usuario (username) y contraseña (password) que le dará acceso al sistema HMIS administrado por el Proyecto de HMIS Conexión Boricua. ***NO lo compartirá con nadie, sin excepción de persona.***

_____ Todo/a usuario/a se obliga a tomar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad y seguridad de la información de su nombre de usuario y contraseña.

_____ Todo/a usuario/a obtendrá, observará, revelará o utilizará de la base de datos la información que sea necesaria para realizar su trabajo.

_____ Todo/a usuario/a será responsable de mantener la confidencialidad de toda información impresa o escrita en cualquier formulario, expediente de un/a participante, manteniéndola bajo su supervisión, guardada en un gabinete u oficina con llave donde el acceso sea restringido.

_____ Todo/a usuario/a que necesite disponer de cualquier documento con información personal protegida de un/a participante deberá hacerlo según la "Política de Seguridad de Información Impresa"



_____ Todo/a usuario/a que tenga conocimiento o sospecha de alguna violación a las disposiciones de seguridad, deberá notificarlos a al Coordinador de Conexión Boricua al (787)848-3073.

_____ Entiendo que cualquier violación a la confidencialidad de la información resultará en la terminación inmediata de mi participación en el programa de Conexión Boricua® y está sujeta a todas las penalidades aplicables por las leyes federales y estatales.

Firma del/la empleado/a: _____

Fecha: _____

Firma del Alcalde - del/a Directora/a Ejecutivo/a: _____

Fecha: _____

Este documento deberá ser renovado automáticamente. Se completará en caso de algún cambio o situación que así lo amerite. El/La Director/a Ejecutivo/a es responsable de informar, **LO ANTES POSIBLE**, a la Coalición de Coaliciones® Pro Personas sin Hogar de Puerto Rico, Inc. si un/a empleado/a ya no debe tener acceso al sistema.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con esta petición, favor de comunicarse con su Coalición o con la Coalición de Coaliciones® al 787-848-3073 o en sus oficinas localizadas en el 606 Ave. Tito Castro Suite 201-B La Rambla Plaza en Ponce, PR. Luego de llenar este formulario, debe hacerlo llegar a la persona a cargo en su Coalición.