



Revocación de Solicitud del Sistema de Administración de Información para Personas sin Hogar de Colorado

Por medio del presente revoco el permiso para que las agencias asociadas en el Sistema de Administración de Información para Personas sin Hogar de Colorado (COHMIS, por sus siglas en inglés) compartan mi información personal con respecto a mi hogar o a mí persona en el Sistema de Administración de Información para Personas sin Hogar de Colorado. Entiendo que mi información permanecerá en COHMIS como parte de los datos no identificativos recopilados en los servicios proporcionados por Constancia de Cuidado (*Continuum of Care*), pero que mi información personal y familiar ya no estará disponible para ninguna agencia asociada.

Nombre del cliente (letra de molde):

Firma del cliente:

Fecha:

Número del Sistema de Administración de Información para Personas sin Hogar del cliente
(# de identificación único):

Nombre de la Agencia Colaboradora :

Personal de la agencia (letra de molde):

Firma del personal de la agencia:

Fecha:

Ejecutado por parte de la Agencia Líder de
Administración de Información para Personas sin Hogar en la fecha: _____

Comentarios: