

[YOUR LETTERHEAD HERE]

Note: Organizations are welcome to adapt these sample materials to fit your needs and the work you do. You may change wording to match the language your organization prefers (e.g., survivor or service participant). Before using this template, be sure to remove all notes in blue and replace [Program/Agency Name] with your organizational name.

Client Notice of Rights/Confidentiality Form for Advocacy Organizations

As a client of [Program/Agency Name], you have the following rights regarding the confidentiality of your personal information and communications with [Program/Agency Name] staff and volunteers:

1. The information that you provide to [Program/Agency Name] will be kept confidential to the greatest extent allowed by law.
2. You may choose what information you want to provide to [Program/Agency Name]. You will not be denied access to services if you choose to not provide certain identifying information.
3. The information that you provide to [Program/Agency Name], including your name, address, phone number, and other personal information will not be shared with other individuals or agencies without your permission.
4. [Program/Agency Name] staff may be required by law to report certain situations even if you don't give them permission to share or report the situations, such as suspected child abuse or neglect. (Note: List other things that are reportable, as required by state law, such as threats to self or others, elder or at-risk adult abuse, commission of a crime or a civil claim against the [Program/Agency Name] or staff etc.) Staff and advocates will inform you of any reporting requirements prior to having conversations with you and will tell you when they must make a report and what information will be shared. Even when these reports are made, [Program/Agency Name] should not share information beyond what is required by law.
5. Some general information about the types of services provided and overall demographics (e.g., age and income ranges, average number of children, ethnicities) of people that use [Program/Agency Name] services must be shared with the agencies that fund [Program/Agency Name]. However, information that specifically could identify **you** as someone who used [Program/Agency Name] services will never be shared unless specifically authorized in writing by you.
6. After your intake with [Program/Agency Name], you may choose to be referred to other agencies for additional help and support. Agencies we partner with include: (Note: List here, names and types of services, if not clear from the description).
7. You can decide how much or how little of your personal information [Program/Agency Name] will or will not be shared with each partner agency. You will be told, in general, what each partner's obligations are to keep your information confidential. If you choose to have [Program/Agency Name] share some of your personal information with an agency we partner with, you will be told exactly *how* and *what* information will be shared. If you later decide that you don't want the information you have provided to be shared with any of [Program/Agency Name] partners, let us know and we won't share any more information with those partners.
8. If you have any questions or concerns about this notice or your rights, or if you have a concern that your confidential information was not treated appropriately, please contact (*name and number of confidentiality monitor*).

Client: I, _____, have received notice of my rights to confidentiality. Date: _____

Advocate: I, _____, have explained this notice to the client. Date: _____

COLOCAR EN EL MEMBRETE DE LA AGENCIA CORRESPONDIENTE

Nota: las organizaciones pueden adaptar esta muestra de materiales de acuerdo a sus necesidades y al trabajo que realizan. Pueden cambiar las palabras para utilizar el lenguaje que la organización prefiera (por ejemplo, sobreviviente o participante del servicio). Antes de usar esta plantilla, asegúrese de quitar todas las notas en azul y de reemplazar [el Nombre del programa/agencia] por el nombre de su organización.

Notificación de derechos del cliente/confidencialidad para organizaciones defensoras

Como cliente de [Nombre del programa/agencia], usted tiene los siguientes derechos relacionados con la confidencialidad de su información personal y de sus comunicaciones con el personal o los voluntarios de [Nombre del programa/agencia]:

1. La información que usted provee a [Nombre del programa/agencia] se mantendrá tan confidencial como esté permitido por la ley.
2. Usted puede escoger qué información quiere proveer a [Nombre del programa/agencia]. No se le negará acceso a los servicios si opta por no proveer cierta información que lo identifique.
3. La información que usted provee a [Nombre del programa/agencia] que incluye su nombre, dirección, teléfono y cualquier otra información personal no se compartirá con otras personas o agencias sin su autorización.
4. El personal de [Nombre del programa/agencia] tal vez tenga, por ley, que reportar ciertas situaciones, tales como sospecha de abuso o negligencia de menores, aun si usted no los ha autorizado a compartir o reportar dichas situaciones. (Nota: haga una lista de otras cosas que, por ley estatal, se deben reportar, como amenazas contra sí mismo o contra otros, abuso de ancianos o adultos en riesgo, comisión de un crimen o de un reclamo contra [Nombre del programa/agencia] o su personal, etc.). Antes de entablar conversaciones con usted, el personal o los defensores le informarán de cualquier requerimiento para reportar y le dirán cuándo ellos deben hacer un reporte y cuál información se compartirá. Aun cuando se hacen estos reportes, [Nombre del programa/agencia] no debe compartir más información de la requerida por la ley.
5. Cierta información general acerca de los tipos de servicios que se proveen y características demográficas en general (como por ejemplo edad y rango de ingresos, promedio de número de hijos, etnicidad) o de las personas que usan los servicios de [Nombre del programa/agencia] debe compartirse con las agencias que patrocinan a [Nombre del programa/agencia]. Sin embargo, la información que pudiera identificarlo a **usted** específicamente o al alguien que usa los servicios de [Nombre del programa/agencia] nunca se puede compartir a no ser que usted lo autorice específicamente por escrito.
6. Después de recibir ayuda o apoyo de [Nombre del programa/agencia] puede escoger que lo refieran a otras agencias para recibir ayuda y apoyo adicional. Las agencias con las que estamos asociados incluyen: (Nota: Haga aquí una lista de nombres y tipos de servicios, si la descripción no es clara.)
7. Usted puede decidir cuánta, mucha o poca, de su información personal [Nombre del programa/agencia] compartirá o no con cada agencia asociada. A usted le dirán, en general, cuáles son las obligaciones de cada socio de mantener su información confidencial. Si opta por que [Nombre del programa/agencia] comparta parte de su información personal con alguna de nuestras agencias socias, le dirán exactamente *cómo* y *cuál* información se compartirá. Si más tarde usted decide que no quiere que se comparta la información que ha provisto con ninguna de las agencias socias de [Nombre del programa/agencia], déjenos saber y dejaremos de compartir la información con ellas.

8. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de esta notificación o de sus derechos, o si le preocupa que su información confidencial no se trató de manera adecuada, por favor comuníquese con (*nombre y número del monitor de confidencialidad*).

Cliente: Yo, _____ he recibido notificación de mis derechos de confidencialidad. Fecha: _____

Defensor: Yo, _____, he explicado esta notificación al cliente. Fecha: _____