

UNITED WAY SMART REFERRAL NETWORK (SRN)

Referral Authorization & Consent to Release of Information

(Covering Monterey, Kings, Tulare, and Santa Cruz Counties, and future participating counties)

The purpose of this Referral Authorization & Consent to Release of Information is to obtain your permission to refer you to partner organizations who are members of the United Way Smart Referral Network (SRN) and to obtain your consent to the release of certain personal information to partner organizations to which you are referred. The SRN covers Monterey, Kings, Tulare, and Santa Cruz Counties. Your privacy is important to us. The collection, storage, and sharing of your personal data complies with all applicable federal and California privacy laws, including HIPAA, CCPA, and other relevant statutes.

Partner organizations to whom you are referred may forward your referral only to another SRN-approved agency that provides services relevant to your needs. Any such forwarding is subject to the same confidentiality and privacy protections. You have the right to be notified before your personal information is forwarded to an agency outside of the SRN.

Your information may include your name, age, gender, ethnicity, race, income category, city or county of residence, access to healthcare, language, disability, veteran status, education, contact information, services you have received, progress made in your economic mobility, protected health information (PHI), mental health information, substance use disorder information (if consented), school-based services, Medi-Cal eligibility, housing status, and limited criminal justice information. Sensitive data will only be shared if necessary to determine eligibility for specific services.

Your information will be shared solely with SRN partner organizations to help determine and provide your eligible services. You may expect to be contacted by one or more SRN organizations to receive services tailored to your needs. Some partners may report anonymized data to their funders; no personally identifiable information will be disclosed without your explicit written consent. All SRN member organizations must protect your information using industry-standard security measures, including encryption and secure data transmission protocols.

By signing, you agree to receive SMS from United Way regarding referrals and services. Message frequency varies. You can reply STOP to opt out. Reply HELP for help. Msg & data rates may apply. Your consent is voluntary and not required to receive services. Clients may decline and still receive all other services. Check our Privacy Policy at

<https://www.unitedwaymcca.org/privacy-policy> and our Terms and Conditions at <https://www.unitedwaymcca.org/srn-termsandconditions>.

In the event of a data breach affecting your personal information, you will be notified in accordance with California law. The responsible party must provide a detailed report and corrective actions.

Your Rights:

- You may request a list of SRN member organizations.
- You have the right to limit or revoke your consent at any time by contacting your county representative (see contacts below).
- Revocation requests will be processed within 10 business days. Upon revocation, your data will be removed from the SRN system unless retention is legally required.
- You may request to verify or correct your personal information.

Revoking Consent (Contact Information):

- **Monterey County:** United Way Monterey County | (831) 372-8026
- **Kings County:** Kings United Way | (559) 584-1536
- **Tulare County:** United Way of Tulare County | (559) 685-1766
- **Santa Cruz County:** United Way of Santa Cruz County | (831) 479-5466
- **Any County:** <https://www.unitedwaymcca.org/srn>

This consent is valid for 12 months from the date signed. Prior to expiration, you will have the option to renew or revoke your consent. Unless renewed in writing, your personal data will be permanently deleted unless required by law to be retained.

By signing below, I authorize referrals to SRN member organizations and consent to releasing my personal information to such organizations so I can access services to meet my specific needs.

Referring Agency: _____

Client Name (Printed): _____

Date: _____

Client Signature: _____

RED DE DERIVACIÓN INTELIGENTE (SMART REFERRAL NETWORK – SRN) DE UNITED WAY

Autorización para Derivaciones y Consentimiento para la Divulgación de Información (Aplicable a los condados de Monterey, Kings, Tulare, Santa Cruz y a futuros condados participantes.)

El propósito de esta Autorización para Derivaciones y Consentimiento para la Divulgación de Información es obtener su permiso para remitirlo(a) a organizaciones asociadas que forman parte de la Red de Derivación Inteligente (Smart Referral Network, SRN) de United Way y obtener su consentimiento para compartir cierta información personal con las organizaciones a las que sea referido(a).

La SRN presta servicios en los condados de **Monterey, Kings, Tulare y Santa Cruz**, así como en otros condados que puedan incorporarse en el futuro. Su privacidad es muy importante para nosotros. La recopilación, almacenamiento, uso y divulgación de su información personal cumplen con todas las leyes federales y del Estado de California aplicables, incluidas la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), la Ley de Privacidad del Consumidor de California (CCPA) y demás leyes pertinentes.

Las organizaciones participantes a las que usted sea referido(a) podrán reenviar su derivación únicamente a otra organización aprobada por la SRN que ofrezca servicios relacionados con sus necesidades. Cualquier reenvío estará sujeto a las mismas normas de confidencialidad y protección de la información. Usted tiene derecho a ser notificado(a) antes de que su información personal sea compartida con una organización que no forme parte de la SRN.

Su información podrá incluir:

- Nombre
- Edad
- Género
- Etnicidad y raza
- Categoría de ingresos
- Ciudad o condado de residencia
- Acceso a servicios de salud
- Idioma
- Discapacidad
- Condición de veterano
- Nivel educativo
- Información de contacto

- Servicios recibidos
- Progreso en su movilidad económica
- Información médica protegida (PHI)
- Información relacionada con la salud mental
- Información sobre trastornos por consumo de sustancias (cuando usted otorgue su consentimiento)
- Servicios escolares
- Elegibilidad para Medi-Cal
- Situación de vivienda
- Información limitada relacionada con el sistema de justicia penal

La información considerada sensible únicamente será compartida cuando sea necesaria para determinar su elegibilidad para servicios específicos.

Su información será compartida únicamente con organizaciones participantes de la SRN con el fin de determinar su elegibilidad y coordinar los servicios que pueda recibir. Es posible que una o más organizaciones participantes se comuniquen con usted para ofrecerle servicios adecuados a sus necesidades.

Algunas organizaciones pueden reportar información agregada y anonimizada a sus entidades financiadoras. **No se divulgará información que permita identificarlo(a) personalmente sin su consentimiento expreso por escrito.**

Todas las organizaciones participantes de la SRN deben proteger su información mediante medidas de seguridad reconocidas por la industria, incluyendo el cifrado y protocolos seguros para la transmisión de datos.

Comunicaciones por Mensajes de Texto (SMS)

Al firmar este formulario, usted acepta recibir mensajes de texto (SMS) de United Way relacionados con derivaciones, servicios y otras comunicaciones relacionadas con la Smart Referral Network (SRN).

- La frecuencia de los mensajes puede variar.
- Puede responder **STOP** para dejar de recibir mensajes.
- Puede responder **HELP** para obtener ayuda.
- Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos de acuerdo con su proveedor de telefonía móvil.
- Su consentimiento para recibir mensajes de texto es completamente voluntario y **no es un requisito para recibir servicios.**
- Si decide no recibir mensajes de texto, seguirá teniendo acceso a todos los demás servicios disponibles.

En caso de una violación de seguridad que comprometa su información personal, usted será notificado(a) de conformidad con la legislación vigente del Estado de California. La organización responsable proporcionará un informe detallado del incidente y las acciones correctivas implementadas.

Sus Derechos

Usted tiene derecho a:

- Solicitar una lista de las organizaciones participantes de la SRN.
- Limitar o revocar su consentimiento en cualquier momento comunicándose con el representante de su condado (consulte la información de contacto más abajo).
- Solicitar que su información personal sea revisada o corregida.
- Solicitar información sobre cómo se utiliza y comparte su información personal.

Las solicitudes para revocar el consentimiento serán procesadas dentro de un plazo de **10 días hábiles**. Una vez revocado el consentimiento, su información será eliminada del sistema SRN, salvo cuando la ley exija su conservación.

Revocación del Consentimiento (Información de Contacto)

- **Condado de Monterey:** United Way Monterey County | (831) 372-8026
- **Condado de Kings:** Kings United Way | (559) 584-1536
- **Condado de Tulare:** United Way of Tulare County | (559) 685-1766
- **Condado de Santa Cruz:** United Way of Santa Cruz County | (831) 479-5466
- **Cualquier condado:** <https://www.unitedwaymcca.org/srn>

Este consentimiento tendrá una vigencia de **12 meses** a partir de la fecha de su firma. Antes de su vencimiento, usted tendrá la oportunidad de renovar o revocar su consentimiento.

Si el consentimiento no es renovado por escrito, su información personal será eliminada permanentemente, salvo cuando exista una obligación legal de conservarla.

Al firmar este documento, autorizo que se realicen derivaciones a organizaciones participantes de la Smart Referral Network (SRN) y doy mi consentimiento para que mi información personal sea compartida con dichas organizaciones con el propósito de ayudarme a obtener los servicios que respondan a mis necesidades.

Agencia que realiza la derivación: _____

Nombre del cliente (en letra de molde): _____

Fecha: _____

Firma del cliente: _____