[ENTITY CONTACTED]
[ADDRESS]
[PHONE NUMBER]

[DAY, DATE]

[NAME]
[ADDRESS]
[CITY/STATE/ZIP]

Estimado(a) señor(a):

Le damos esta carta debido a que usted ha dado permiso para que su información se almacene en el sistema de datos de clientes que mantiene New York State Office for the Aging (*Oficina para Adultos Mayores del Estado de Nueva York*) y que se utilice para NY Connects. NY Connects es un centro de recursos para adultos mayores y personas con discapacidades provisto por State Office for the Aging y Department of Health a través de sus socios locales. NY Connects identifica necesidades, proporciona información y asistencia, y actúa como vínculo para muchos programas y servicios que ayudan a las personas a mantenerse independientes. El sistema de datos de clientes permite que otros socios locales vean su información si se realiza una derivación, pero esto solo sucederá con su permiso.

Solamente almacenaremos la información que usted nos proporcione. Toda la información personal almacenada en el sistema de datos de clientes es confidencial y se almacena de conformidad con las leyes estatales y federales vigentes. No compartiremos su información con terceros a menos que usted nos otorgue su permiso. Antes de realizar cualquier derivación, nos comunicaremos con usted. Proporcionaremos información sobre el proveedor del servicio o la agencia gubernamental y el servicio. Usted decidirá si desea que se realice una derivación. Si no lo desea, no se realizará ninguna derivación y ninguna otra agencia ni proveedor podrá ver su información. Si ha aceptado que se realice una derivación a otro proveedor, solo compartiremos información con ese proveedor específico.

Es importante que usted sepa cómo se almacena su información, por qué necesitamos la información, y que no se compartirá con ninguna otra organización sin su permiso. Si tiene preguntas sobre el sistema de datos de clientes, puede comunicarse con el Privacy Officer de New York State Office for the Aging (*Oficina para Adultos Mayores del Estado de Nueva York*). Puede escribirle al Privacy Officer a

New York State Office for the Aging, Agency Building 2, Empire State Plaza, Albany, NY 12223, o llamar al (518) 474-0388. **Todas las demás preguntas deberán dirigirse a la agencia local, según se indica en la página 2.**

Tal como hemos mencionado, usted puede cambiar de opinión con respecto a compartir su información. Si cancela su consentimiento, no podrá revertirse ninguna medida que ya se hubiera tomado con su consentimiento. Retirar su consentimiento solo puede impedir que se comparta su información en el futuro. Si retira su consentimiento para compartir información y realizar derivaciones, dejaremos de hacer derivaciones y de compartir su información. Sin embargo, es importante informarle que la cancelación de su consentimiento podría limitar la manera en que podemos brindarle asistencia.

Si usted solo nos otorga su permiso para recopilar y almacenar su información, pero no para compartirla con otras agencias, no la compartiremos, y no es necesaria ninguna medida.

No es necesario que haga nada con respecto a esta carta a menos que usted cambie de opinión con respecto a trabajar con nosotros como ya hemos analizado.

Si aceptó compartir su información para una derivación o para divulgar determinada información en caso de catástrofe o emergencia y ha cambiado de opinión al respecto, deberá completar un formulario que ha sido específicamente diseñado para ese propósito (se denomina Informed Consent Revocation Form) y que simplemente revoca su permiso para compartir su información. Se le enviará dicho formulario si usted así lo solicita. Si desea recibir el formulario Informed Consent Revocation Form, o si tiene preguntas, llame a:

[title of designated individual]
[entity]
[telephone number]