

## Authorization to Share Information Using ServicePoint®

In order to provide faster and more definitive linkages to needed services, Lake County utilizes a computer system called "ServicePoint®." ServicePoint® is an information system that helps us improve service delivery and evaluate the effectiveness of services provided. The ServicePoint® system will be shared among Lake County agencies that have signed an agreement with Lake County and are participating in ServicePoint® (the "Participating Agencies").

### TO WHOM INFORMATION WILL BE DISCLOSED TO AND RECEIVED FROM VIA SERVICEPOINT®:

- Employees and staff of this Participating Agency
- Participating Agencies in ServicePoint®. A listing of the Participating Agencies is available to you upon request. A more frequently updated listing can be found at [www.lakecountyl.gov/1957/ServicePoint](http://www.lakecountyl.gov/1957/ServicePoint), which is subject to change. You may also obtain the most current listing by requesting a copy from this Participating Agency
- The ServicePoint® System Administrators at Lake County have access to information for the purpose of maintaining the database

### SPECIFIC INFORMATION THAT WILL SHARED VIA SERVICEPOINT®:

By signing this document, you understand that the following information (the "Protected Health Information") may be used and disclosed by and among the Participating Agencies:

- Name
- Social Security number
- Demographics
- Contact information
- Emergency contact information
- Case manager contact information
- Employment and education information
- Residential and homeless history
- Income, employment and benefit information
- Health insurance and provider
- Information on service referrals
- ServicePoint agency engagement including intake and exit dates
- Basic identifying information on other household members

Your information may be shared by and among Participating Agencies to facilitate the services we provide you and to better serve you and your needs.

- You can revoke this authorization at any time by writing to the Participating Agency which provided you a service.
- You understand that your revocation is not effective to the extent Lake County and/or a Participating Agency has relied on this authorization to store, use or disclose your Protected Health Information.
- If you revoke this consent, no further Protected Health Information will be entered in or used and/or disclosed with Participating Agencies through ServicePoint®.
- We will not condition any services, treatment or any payment(s) on whether you sign this authorization.
- You agree to discuss any questions and/or concerns with the Participating Agency and that you will be provided a signed copy of this authorization.
- You understand that information disclosed pursuant to this authorization may be redisclosed and may no longer be protected by applicable state or federal law.

**I have read and understand the above material and I hereby consent that Lake County and the Participating Agencies use, disclose, enter, transmit, and share the Protected Health Information for me or my child(ren)/ward(s)/dependent(s) identified below using ServicePoint® and, if I am between the ages of 13-17, to share Protected Health Information with my parent or guardian.**

\_\_\_\_\_  
Client/Parent/Guardian (Signature)                      Date

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
City                      State                      Zip Code

\_\_\_\_\_  
Child/Dependent/Ward

\_\_\_\_\_  
Employee Signature    Date

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Title/Agency

**This Authorization expires on \_\_\_\_\_,  
20\_\_.**

\_\_\_\_\_  
Child/Dependent age 13-17 (Signature)

## Autorización para Compartir Información Usando ServicePoint®

Para proporcionar vínculos más rápidos y más definitivos a los servicios necesarios, Lake County utiliza una base de datos llamada "ServicePoint ®." El sistema ServicePoint ® es un sistema de información compartido entre agencias en el condado de Lake que han firmado un acuerdo con Lake County y participan en ServicePoint® (las "Agencias Participantes").

### ¿A QUIEN SE DIVULGARÁ Y QUIEN RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN DE SERVICEPOINT®?:

- Empleados y personal de esta Agencia Participante
- Agencias que Participan en ServicePoint®. Una lista de Agencias Participantes estará disponible para usted a petición. Puede encontrar una lista actualizada con más frecuencia en [www.lakecountyil.gov/1957/ServicePoint](http://www.lakecountyil.gov/1957/ServicePoint), que está sujeta a cambios. También puede obtener una lista más actual solicitando una copia de esta Agencia Participante.
- El Administrador de ServicePoint® de Lake County tiene acceso a la información con el fin de mantenimiento de la base de datos

### INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE SE COMPARTIRÁ A TRAVES DE SERVICEPOINT®:

Al firmar este documento, usted entiende que la siguiente información (la "Información de Salud Protegida") puede ser usada o divulgada por y entre las Agencias Participantes:

- Nombre
- Número de seguro social
- Información demográfica
- Información de contacto
- Información de contacto en caso de emergencia
- Información de contacto de coordinador o administrador de servicios
- Información de empleo y educación
- Historia residencial y sin hogar
- Información de ingreso, empleo, y beneficios
- Seguro médico y proveedor de servicios médicos
- Información sobre referencias de servicios
- Información sobre participación en agencias de ServicePoint incluyendo fechas de entrada y salida
- Información básica sobre la identificación de otros miembros del hogar

Su información puede ser compartida por y entre Agencias Participantes para facilitar los servicios que le proveemos y para mejor servir sus necesidades.

- Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento escribiéndole a la Agencia Participante que le provee el servicio.
- Usted entiende que su revocación no es efectiva en la medida en que Lake County y/o la Agencia Participante hayan confiado en esta autorización para almacenar, usar o divulgar su Información de Salud Protegida.
- Si revoca este consentimiento, no se ingresará ni utilizará y/o divulgará más información de salud protegida con las agencias participantes a través de ServicePoint®.
- No condicionaremos ningún servicio, tratamiento, o pago alguno sobre si usted firma esta autorización.
- Usted acepta discutir cualquier pregunta y/o inquietud con la Agencia Participante y que se le proporcionara una copia firmada de esta autorización.
- Usted comprende que la información divulgada conforme a esta autorización puede volver a divulgarse y puede que ya no esté protegida por la ley estatal o federal aplicable.

**He leído y entiendo el material anterior y doy mi consentimiento para que Lake County y las Agencias Participantes usen, divulguen, ingresen, transmitan y compartan la Información de Salud Protegida para mi o mi hijo(s)/ pupilo(s)/ dependiente(s) identificado(s) a continuación utilizando ServicePoint® y, si tengo entre 13 y 17 años, para compartir Información de Salud Protegida con mis padres o tutores.**

\_\_\_\_\_  
Cliente/Padre/Guardián (Firma)                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra Imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Cuidad                      Estado                      Código Postal

\_\_\_\_\_  
Hijo(s)/ Pupilo(s)/ Dependiente(s)

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado    Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra Imprenta

\_\_\_\_\_  
Titulo/Agencia

**Esta Autorización expira \_\_\_\_\_, 20\_\_.**

\_\_\_\_\_  
Hijo/Dependiente Edad 13-17 (Firma)