

ESTADO DE CONNECTICUT
PROGRAMA DE SUBVENCIONES GLOBALES PARA LA RECUPERACIÓN
Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicciones

Formulario de solicitud de recursos de apoyo para la recuperación

ENVIAR FAX A: 860-967-0539

NOMBRE DEL/DE LA SOLICITANTE: _____

N.º de Servicio de emergencia médica (EMS): _____

REQUISITOS INICIALES DE ELEGIBILIDAD

- Clientes ingresados en cualquier agencia privada, sin fines de lucro del DMHAS para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

INFORMACIÓN DEL/DE LA SOLICITANTE:

DIRECCIÓN/SITUACIÓN DE VIVIENDA DEL/DE LA SOLICITANTE: _____

DIRECCIÓN (CONTINUACIÓN): _____

N.º DE TELÉFONO DEL/DE LA SOLICITANTE: _____

N.º DE SEGURO SOCIAL (SS) DEL/DE LA SOLICITANTE: _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE TRATAMIENTO

NOMBRE DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO: _____

N.º DE TELÉFONO DEL PROGRAMA: _____ N.º DE FAX DEL PROGRAMA: _____

FECHA DEL INGRESO: _____ NIVEL DE ATENCIÓN: _____

FECHA PREVISTA DEL ALTA: _____

En función del compromiso/la participación del/de la solicitante en el tratamiento, ¿recomendaría la aprobación de servicios de apoyo para la recuperación del programa de subvenciones globales para la recuperación (BGRP, por sus siglas en inglés)?

SÍ o NO

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL PERSONAL QUE BRINDA TRATAMIENTO (en letra de imprenta): _____

FIRMA DEL PROVEEDOR DE TRATAMIENTO: _____

FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE: _____

FECHA EN QUE SE COMPLETÓ EL FORMULARIO: _____

Tenga en cuenta: se requieren las firmas originales y no se aceptan firmas electrónicas.

APOYOS SOLICITADOS PARA LA RECUPERACIÓN

Curso educativo o de capacitación - *Se requiere una copia reciente de la inscripción o de la factura a nombre del/de la solicitante.*

Curso educativo o de capacitación: _____

Monto solicitado: _____ Número de cuenta: _____

Permisos o certificados de empleo

Nombre y dirección del proveedor: _____

Monto solicitado: _____

Herramientas para el empleo

Nombre y dirección del proveedor: _____

Monto solicitado: _____

Vestimenta para el empleo

Nombre y dirección del proveedor: _____

Monto solicitado: _____

OTRO – *Se debe presentar documentación de respaldo junto con la explicación de la solicitud.*

Explicación de otros elementos que el/la solicitante podría necesitar y por qué: _____

Nombre y dirección del proveedor: _____

Monto solicitado: _____

Programa de subvenciones globales para la recuperación
DECLARACIÓN DEL/DE LA SOLICITANTE

NOMBRE DEL/DE LA SOLICITANTE: _____

Describe de qué manera recibir estos apoyos para la recuperación le ayudará en su recuperación. También es importante que nos cuente sobre sus planes para ser autosuficiente, que nos mantenga al tanto de su búsqueda de trabajo o programa de formación profesional y que nos comunique si está trabajando.

FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PROVEEDOR DE TRATAMIENTO: _____ FECHA: _____

Tenga en cuenta: se requieren las firmas originales y no se aceptan firmas electrónicas.



Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicciones (DMHAS) Programa de subvenciones globales para la recuperación

Consentimiento para divulgar y volver a divulgar Información confidencial y registros

Yo, _____, fecha de nacimiento: _____
(Nombre del/de la participante) (fecha de nacimiento)

N.º de EMS _____, N.º de SS _____ como
(Número de EMS) (Número de Seguro Social)

participante en el programa de subvenciones globales para apoyo para la recuperación del DMHAS, entiendo que mi tratamiento y los servicios de apoyo serán coordinados a través del DMHAS y la Organización de Servicios Administrativos (ASO, por sus siglas en inglés) designada por el DMHAS. Autorizo a las siguientes personas y organizaciones a divulgar e intercambiar información entre ellas a los fines de procesar las solicitudes del Programa de subvenciones globales para la recuperación:

1. La Organización de Servicios Administrativos del DMHAS; y
2. _____
[Proveedor/Programa de tratamiento que hace la remisión]
3. _____
[Proveedor(es) de los servicios solicitados]

Esta información puede incluir: mi nombre, dirección, edad, sexo, Número de Seguro Social, evaluación clínica, progreso en la atención, el tipo de servicios de salud mental y adicciones que recibí/estoy recibiendo actualmente y la respuesta a ellos, antecedentes del Programa de subvenciones globales para la recuperación y toda otra información que sea necesaria para brindar la coordinación eficaz del tratamiento y los servicios que recibo.

El objetivo de la divulgación autorizada en el presente es facilitar la prestación de los servicios del Programa de subvenciones globales para la recuperación.

Entiendo que mis registros están protegidos en virtud de las regulaciones federales sobre la Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por abuso de drogas y alcohol, Título 42 del CFR Parte 2 y el Capítulo 899 de los Estatutos Generales de Connecticut, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito salvo que se estipule lo contrario en las regulaciones o los estatutos. Recibí un resumen de la ley federal que protege esta información y una declaración del uso previsto de esta información. Entiendo que las regulaciones federales restringen todo uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con trastornos por abuso de drogas o alcohol, y entiendo que se cumplirán estrictamente las normas que prohíben que se vuelva a divulgar la información a terceros sin mi consentimiento por escrito. Entiendo también que puedo revocar esto en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado alguna acción en función de esto. Salvo que yo lo revoque, este consentimiento vencerá una vez finalizada esta presentación de solicitud, o:

[Especificar fecha, evento o condición ante la cual este consentimiento vence, solo si difiere de lo indicado más arriba]

Fecha: _____

[Firma del/de la participante]

[Firma de la madre, del padre, tutor o representante autorizado, cuando se exija]

Este aviso se adjunta a una divulgación de información sobre un/a cliente/a en tratamiento por abuso de drogas/alcohol, información que se le comparte con el consentimiento de dicho/a cliente/a. Se le reveló esta información de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información salvo que el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece esta información permita expresamente que se vuelva a divulgar esta información, o según lo permita el título 42 del CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen todo uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con trastornos por abuso de drogas o alcohol.

Tenga en cuenta: se requieren las firmas originales y no se aceptan firmas electrónicas.