



HFS

Illinois Department of
Healthcare and Family Services

Instrucciones para presentar el formulario de solicitud y consentimiento para recibir asistencia provisional N.B.

Los padres o tutores legales de jóvenes que pueden ser miembros de la acción colectiva N.B. y que requieran servicios en un centro de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTF, por sus siglas en inglés) ante una emergencia pueden solicitar servicios de asistencia provisional presentando un formulario de solicitud y consentimiento cumplimentado, junto con una carta de necesidad médica firmada por un médico, en la Oficina de Salud Conductual del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias (HFS, por sus siglas en inglés).

- Paso 1:** Trabaje con el proveedor de servicios de salud conductual del joven con el fin de obtener una carta de necesidad médica para que reciba servicios en un centro de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTF). Dicha carta del proveedor debe estar firmada por un médico.
- Paso 2:** Complete el **formulario de solicitud y consentimiento para recibir asistencia provisional N.B.**
- Sección 1:** Complete la información general solicitada con el número de identificación del beneficiario (RIN, por sus siglas en inglés) del joven incluido.
- Sección 2:** Lea esta casilla para entender la autorización de la divulgación de información.
- Sección 3:** Revise los tipos de información que autoriza a divulgar con el objetivo de evaluar las necesidades de los servicios individuales y familiares y para coordinar dichos servicios. Escriba cualquier tipo de información adicional a divulgar (según corresponda) y tache cualquier tipo de información cuya divulgación no autorice.
- Sección 4:** Revise las personas o entidades a las que autoriza recibir, compartir y utilizar la información del joven que se identifica en la sección anterior. Escriba cualquier persona o entidad adicional para ser autorizada (según corresponda) y tache aquellas a quienes no autorice para recibir, compartir o utilizar la información.
- Sección 5:** Lea y confirme que acepta los servicios de asistencia provisional y comprende las expectativas de participación.
- Sección 6:** Firme y feche para autorizar la divulgación de información y solicitar los servicios de asistencia provisional. Esta sección debe estar firmada y fechada por el padre/la madre o el tutor legal si el joven es menor de 18 años, y también por este si tiene 12 años o más. Esta sección también debe estar firmada y fechada por un testigo que tenga al menos 18 años y que no esté firmando el formulario como el joven o el padre/la madre o el tutor legal de este. A continuación, marque la casilla para indicar si la autorización vencerá a los seis (6) meses o a los 12 meses. Si la casilla no se marca, la autorización vencerá 12 meses después de la fecha de la firma. Por último, en esta sección puede agregar cualquier información adicional que desee proporcionar al departamento.
- Paso 3:** Envíe su solicitud completa, el formulario de consentimiento y su carta de necesidad médica de manera electrónica, por correo postal o fax.

Envíe las solicitudes por correo postal a:

Healthcare and Family Services
Interim Relief Services
201 South Grand Avenue East, 3rd floor
Springfield, IL 62763

Envíe las solicitudes por fax a:
217-524-1221

Envíe las solicitudes por vía electrónica a la dirección de correo electrónico siguiente: HFS.BBH-InterimRelief@illinois.gov. Se les recomienda encarecidamente a los solicitantes que cualquier solicitud que envíen por vía electrónica sea a través de correo electrónico encriptado y que todos los archivos o la información confidencial estén protegidos con contraseña.

Notificación: HFS revisará la solicitud para asegurarse de que esté completa y verificará si el joven es un miembro de la acción colectiva que reúne los requisitos para recibir servicios a través del proceso de asistencia provisional N.B.

Si se determina que el joven es un miembro de la acción colectiva que reúne los requisitos para recibir servicios de asistencia provisional N.B.: el Departamento le enviará una notificación por escrito de esta determinación al padre/la madre o el tutor legal o al joven, según proceda. HFS se asoció con la División de Atención Especializada para Niños (DSCC, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Illinois en Chicago (UIC, por sus siglas en inglés) con el fin de proporcionarles a los participantes de asistencia provisional N.B. la coordinación de la atención y la asistencia para concertar los servicios apropiados. El coordinador de atención de la DSCC se comunicará con el padre/la madre o el tutor legal, o el joven, según corresponda, para iniciar el proceso de coordinación de la atención y analizar las opciones con el fin de ubicar los servicios y los proveedores apropiados para las necesidades del joven.

Si se determina que el joven no es un miembro de la acción colectiva que reúne los requisitos para recibir servicios de asistencia provisional N.B.: el Departamento le enviará una notificación por escrito de esta determinación al padre/la madre o el tutor legal o al joven, según proceda, y al abogado de la acción colectiva N.B.

Si tiene alguna pregunta adicional, llame al 217-557-1000.

**HFS**Illinois Department of
Healthcare and Family Services

Número de seguimiento:

Formulario de solicitud y consentimiento para recibir asistencia provisional N.B.

Envíe la solicitud junto con toda la información requerida a la Oficina de Salud Conductual del HFS por correo postal, fax o por vía electrónica, según lo indicado en las instrucciones de la solicitud.

1. INFORMACIÓN GENERAL				
Nombre del joven (nombre, apellido):		Fecha de nacimiento:	Edad:	RIN:
¿Es el joven su propio tutor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>(En caso afirmativo, omita la sección de padres/tutores/cuidadores)</small>		¿El joven vive en el hogar con sus padres/tutores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>(En caso afirmativo, omita la sección Colocación)</small>		Residencia o ubicación actual del joven (si es diferente de la de sus padres/tutores/cuidadores):
Ciudad donde reside el joven:	Estado:	Código postal:	N.º de teléfono de contacto del joven:	
Nombre del padre/madre/tutor/cuidador del joven:		Número de teléfono del padre/madre/tutor/cuidador:	Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor/cuidador: <input type="checkbox"/> N/A	
Dirección del padre/madre/tutor/cuidador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
2. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN				
<p>Reconozco que es necesario compartir la información y los registros que se indican a continuación para planificar y brindarle servicios al joven. Por la presente, autorizo a la(s) persona(s) y las entidades que se indican a continuación para divulgar, recibir y utilizar la información y los registros que se especifican a continuación con el fin de evaluar las necesidades de servicios individuales y familiares y coordinar dichos servicios. Entiendo que puedo revocar esta autorización; sin embargo, la revocación debe ser por escrito. Entiendo que ninguna revocación de esta autorización entrará en vigor para evitar la divulgación de registros y comunicaciones hasta ser recibida por la persona o entidad de otro modo autorizada para divulgar dichos registros y comunicaciones. Entiendo que tengo derecho a revisar y copiar la información compartida. Entiendo que la información sobre mi caso es confidencial y está protegida por las leyes estatales y federales. La negativa a firmar este formulario tendrá las consecuencias siguientes: el joven y la familia del joven no podrán participar en los servicios de asistencia provisionales N.B.</p>				
3. SE COMPARTIRÁN LOS TIPOS DE INFORMACIÓN Y REGISTROS SIGUIENTES (tache los que no estén autorizados):				
<ul style="list-style-type: none">• Los expedientes médicos y su información.• Los expedientes legales/judiciales y su información.• Los registros de tratamiento por consumo de drogas y alcohol y su información.• Registros de otras fuentes (especifique) _____• La información de salud sobre el VIH/SIDA.• Las notas de psicoterapia.• Los registros de evaluación y planes de tratamiento de salud mental y su información.• Los registros de tratamiento psiquiátrico y psicológico y su información.• La información sobre discapacidades del desarrollo y servicios relacionados.• Los informes educativos y su información.• Otra (especifique) _____• Otra (especifique) _____				
4. LA INFORMACIÓN SE COMPARTIRÁ CON Y ENTRE LAS PERSONAS Y ENTIDADES SIGUIENTES (tache las que no estén autorizadas):				
<p>► HFS ► DSCC ► Médicos ► Psiquiatra ► Hospital ► Psicólogo ► Escuelas ► Centro de Tratamiento Residencial Psiquiátrico o Proveedor de Tratamiento Residencial ► Terapeuta/proveedor de terapia ► Psicólogo ► Proveedor de tratamiento para el consumo/abuso de sustancias ► Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois (cuando corresponda) ► Departamento de Servicios Humanos de Illinois (cuando corresponda) ► Junta de Educación del Estado de Illinois/Distrito escolar local (cuando corresponda) ► Tribunal ► Organización de Apoyo y Coordinación de Atención ► Proveedor de servicios móviles de respuesta ante crisis/examen, evaluación y apoyo ► Organización de atención administrada (cuando corresponda) ► Otro (especifique) _____ ► Otra (especifique) _____</p>				



HFS

Illinois Department of
Healthcare and Family Services

Formulario de solicitud y consentimiento para recibir asistencia provisional N.B.

5. Consentimiento para los servicios de asistencia provisional

Al firmar este formulario, por la presente doy mi consentimiento para que el joven antes mencionado participe en los servicios de asistencia provisional N.B., incluida la coordinación de la atención por parte de la DSCC y el HFS (o su delegado).

Entiendo que el HFS (o su delegado) y la DSCC realizan esfuerzos de buena fe para conectar a cada joven y su familia con los proveedores de servicios apropiados para las necesidades de las personas. La decisión de utilizar los servicios de cualquier proveedor es mía. Acepto brindarle al proveedor toda la información pertinente sobre las necesidades y discapacidades del joven según sea necesario para que reciba el cuidado y los servicios adecuados.

Acepto que el joven y yo participaremos en la coordinación de los servicios ofrecidos por el HFS (o su delegado) y la DSCC. Entiendo que tengo derecho a interrumpir los servicios o retirar mi consentimiento para que el joven reciba servicios en cualquier momento. Acepto que el HFS (o su delegado) y el coordinador de atención de la DSCC puede comunicarse con el joven o conmigo por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto, y que el HFS y la DSCC no son responsables de ningún gasto en el que yo incurra como consecuencia de alguna de esas comunicaciones.

Confirmando que proporcioné la información anterior, ya sea por mí mismo o por el joven, y que esta información es verdadera, exacta y completa según mi leal saber y entender.

6. FIRMA

Firma del cliente/joven _____ Fecha: _____
(12 años en adelante)

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha: _____

Firma del testigo _____ Fecha: _____

A menos que revoque esta autorización antes, la misma vencerá en: 6 meses 12 meses o, si no se marca ninguna casilla, vencerá de forma automática 12 meses después de la fecha en que fue firmada por el joven y el padre/madre/tutor.

Notas:

PARA USO
EXCLUSIVO DE LA
OFICINA DEL HFS

Fecha de recepción: _____ Fecha de revisión: _____ Firma del revisor: _____

¿Aprobado para colocación? Sí No Fecha de ingreso: _____ Centro: _____

Diagnóstico: _____