

Programa de Apoyo Familiar Especializada (SFSP) Acuerdo de los Padres

Nombre del joven: _____ Fecha de nacimiento: _____

SFSP fecha de comienzo: _____ SFSP fecha de finalización: _____

Si su hijo experimenta una crisis de salud mental en cualquier momento durante la inscripción en el programa, por favor consulte su plan de seguridad de crisis o llame a la línea de cuidados (CARES): 1-800-345-9049.

Metas – Entiendo que los objetivos del programa son:

- _____
Iniciales
de
Padre
1. Evitar que jóvenes en riesgo de cesión de custodia entren en el sistema de bienestar infantil únicamente para acceder servicios de salud;
 2. Servicios de estabilización de crisis a estos jóvenes y sus familias;
 3. Determinar los servicios más adecuados de tratamiento para estos jóvenes a través de un proceso de evaluación completar y estandarizado comprensivo; y
 4. Vincular a estos jóvenes y sus familias al nivel e intensidad de servicios en un tiempo oportuno.

Servicios – Entiendo que las siguientes estarán disponibles para mi hijo y su familia a través del programa SFSP:

- _____
Iniciales
de
Padre
1. Elegibilidad de SFSP de mi hijo tendrá una duración de 90 días, como se describe arriba;
 2. Soportes y servicios de salud mental estarán disponibles para mi hijo durante su elegibilidad de SFSP basada en un evaluación de salud mental complete y plan de tratamiento;
 3. Servicios pueden incluir, pero no se limitan a: terapia/consejería, intervención en crisis y estabilización, evaluación servicios, apoyo a la comunidad y respiro;
 4. Se asignará un coordinador a través de una agencia local selecta, evaluación y servicios de apoyo (SASS), que es disponible para responder preguntas sobre el programa y asistencia en el acceso a servicios.

Participación de Padres/ Tutor – Entiendo que la participación del padre o tutor es un requisito para la inscripción en SFSP

- _____
Iniciales
de
Padre
1. Estar dispuesto a aceptar a mi hijo en un ambiente de hogar o solicitar atención apropiada como una condición de participación en SFSP;
 2. Trabajando activamente con el Coordinador asignado a la transición de forma segura para mi niño fuera del hospital a un hogar nuevo o entorno comunitario;
 3. Completar todos los trámites y proporcionar toda la información necesaria para SFSP o como parte de tratamiento de mi hijo;
 4. Participar activamente en el tratamiento de mi hijo;
 5. Comunicarse con el Coordinador asignado, no menos de una vez por semana a través de la participación de mi hijo en el SFSP; y
 6. Informar cualquier cambio significativo en las circunstancias de mi familia que puedan impactar la elegibilidad de mi hijo al coordinador asignado de SFSP, tales como cambios en mi dirección, custodia o tutela de mi hijo.

SFSP Guía Familiar – Reconozco que una copia de la guía de padres de este programa está disponible en

Iniciales
de
Padre

www.illinois.gov/hfs. Mi coordinador me ha mostrado cómo acceder a una copia de la guía de padres de este programa.

Reconozco y entiendo que la participación en el programa es voluntaria, y si decido participar será necesario a cumplir los criterios de participación de padres. He tenido oportunidad de revisar este acuerdo de los padres y tener preguntas que he contestado. Además, entiendo que si no cumple con los requisitos establecidos en este acuerdo, se puede resultar en una remisión al Departamento de niños y servicios familiares (DCFS) Child Abuse Hotline como un seguimiento hacia el evento de cierre psiquiátrico.

Padre o Tutor Legal (nombre en imprenta)

Firma

Fecha

Padre o Tutor Legal (nombre en imprenta)

Firma

Fecha

SASS trabajador/Coordinador (nombre en imprenta)

Firma

Fecha