

Programa de Extensión de Asistencia para Padres (PSOP)

Instrucciones

SOLICITUD DE SERVICIOS

También debe llenar los formularios: Notas de Práctica de Privacidad y de Advertencia Tennesen para los No Registrados en el Sistema Epic. Incluya información sobre todos los miembros familiares elegibles, comenzando con usted. Use tinta negra y escriba con claridad.

Marque las casillas de todas las opciones que correspondan (Para calificar, debe marcar, al menos, dos respuestas)

- En los últimos 12 meses, he vivido sin hogar o desplazado.
- En los últimos 12 meses, he estado viviendo en una relación abusiva/violenta.
- En los últimos 12 meses, he usado alcohol o drogas de manera que interfiere con mi vida familiar.
- En los últimos 12 meses, he tenido dificultades con la crianza y/o el comportamiento de mi hijo.
- Cuando era niño, experimenté abuso o abandono.

Enumere las áreas en las que su familia requiere asistencia: Debe enumerar, al menos, dos áreas, tales como "necesidades médicas", o "capacitación y búsqueda de trabajo".

Información del Solicitante

Escriba su nombre (en letras separadas) _____ Firma _____ Fecha _____

¿Cuál es su lengua materna? _____

- Marque la casilla si usted habla y/o lee en Inglés
- Marque la casilla si su familia vive en el Condado Hennepin

Raza o etnia identificada

- Indio Americano o nativo de Alaska Asiático / Isleño del Pacífico Negro o Afro-Americano Hispanoamericano
- Blanco / Caucásico Otro / Adicional (Especifique) _____

Fuente de remisión

- Marque la casilla si usted mismo se remitió a este programa

Para la agencia remitente/recurso para completar. Por favor incluya la divulgación de información de su agencia si desea hacer seguimiento del estado en que avanza esta solicitud.

Nombre de la agencia _____

Nombre del personal _____

No. telefónico de la agencia _____ No. del fax de la agencia _____ Correo electrónico del personal _____



SOLICITUD DE SERVICIOS

Información Familiar

Nombre del padre 1 Fecha de nacimiento <hr/>	
Dirección Ciudad Estado Código Postal <hr/>	
No. telefónico de la casa No. teléfono celular Dirección del correo electrónico <hr/>	
¿Esta persona tiene alguna discapacidad? Si es así, por favor describa la discapacidad <hr/>	
Nombre del padre 2 Fecha de nacimiento <hr/>	
Dirección Ciudad Estado Código Postal <hr/>	
No. telefónico de la casa No. teléfono celular Dirección del correo electrónico <hr/>	
¿Esta persona tiene alguna discapacidad? Si es así, por favor describa la discapacidad <hr/>	
Nombre del niño 1 <hr/> <input type="checkbox"/> Masculino Fecha de nacimiento Edad <input type="checkbox"/> Femenino ¿Esta persona tiene alguna discapacidad? Si es así, por favor describa la discapacidad <hr/>	Nombre del niño 2 <hr/> <input type="checkbox"/> Masculino Fecha de nacimiento Edad <input type="checkbox"/> Femenino ¿Esta persona tiene alguna discapacidad? Si es así, por favor describa la discapacidad <hr/>
Nombre del niño 3 <hr/> <input type="checkbox"/> Masculino Fecha de nacimiento Edad <input type="checkbox"/> Femenino ¿Esta persona tiene alguna discapacidad? Si es así, por favor describa la discapacidad <hr/>	Nombre del niño 4 <hr/> <input type="checkbox"/> Masculino Fecha de nacimiento Edad <input type="checkbox"/> Femenino ¿Esta persona tiene alguna discapacidad? Si es así, por favor describa la discapacidad <hr/>
Nombre del niño 5 <hr/> <input type="checkbox"/> Masculino Fecha de nacimiento Edad <input type="checkbox"/> Femenino ¿Esta persona tiene alguna discapacidad? Si es así, por favor describa la discapacidad <hr/>	Nombre del niño 6 <hr/> <input type="checkbox"/> Masculino Fecha de nacimiento Edad <input type="checkbox"/> Femenino ¿Esta persona tiene alguna discapacidad? Si es así, por favor describa la discapacidad <hr/>



NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS PRIVADAS

Esta notificación describe como su información médica u otra información privada puede ser divulgada y cómo usted puede tener acceso a ésta. Por favor, lea con atención.

¿Por qué le pedimos esta información?

- .Para distinguirlo de otra persona con un nombre similar o igual,
- .Para decidir para qué es elegible, o qué puede estar recibiendo y decidir de qué modo se puede proveer dichos servicios más efectivamente,
- .Para ayudarlo a obtener atención médica, de salud mental, financiera o servicios sociales,
- .Para proveer tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud,
- .Para decidir si puede pagar por algunos de sus servicios,
- .Para realizar informes, investigaciones, auditorías y evaluar nuestros programas,
- .Para investigar informes de personas que pueden haber mentido sobre la ayuda que necesitan,
- .Para decidir sobre los cuidados dentro y fuera del hogar para usted o para sus hijos,
- .Para reunir fondos de otras agencias, como compañías de seguros, si éstas deben pagar por su cuidado,
- .Para decidir si usted o los miembros de su hogar necesitan servicios de protección,
- .Para reunir fondos del estado o del gobierno federal por la ayuda que le otorgamos.

¿Por qué le pedimos su número de seguro social?

Para otorgarle algunos tipos de ayudas financieras o servicios de ejecución de manutención (45 CFR 205.52 [2001]); 42 USC 666; 45 CFR 303.30 [2001]. También para corroborar la información que nos otorga a través de programas que son parte de un Sistema de Verificación de Elegibilidad por Ingresos (IEVS) (5 U.S.C. § 552 (o) (1) (D)).

Usted no tiene que darnos su número:

- .Para personas en su hogar que no estén aplicando por cobertura,
- .Si tiene objeciones religiosas,
- .Si usted no es ciudadano estadounidense y está aplicando sólo para Emergencia Médica,
- .Si es extranjero en los EEUU de manera temporaria y no tiene permiso de los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de EEUU (USCIS) para hacerlo de manera permanente,
- .Si está viviendo en los EEUU sin el conocimiento o aprobación de USCIS.

¿Tiene que responder las preguntas que le hacemos?

Necesitamos su información para saber si puede obtener ayuda de algún programa. Sin ella, no podremos ayudarlo. Si nos brinda información falsa, puede ser investigado y acusado de fraude. En general, la ley no dice que usted deba darnos información. Sin embargo, necesitamos su número de seguro social para otorgarle algunos tipos de asistencias financieras o servicios de ejecución de manutención (45 CFR 205.52 [2001]); 42 USC 666; 45 CFR 303.30 [2001].

¿Con quién podemos información suya?

- En ocasiones compartimos información suya con otras agencias. Sólo lo necesario y permitido o requerido por ley. Podríamos compartir información con las siguientes agencias o personas que la necesiten para trabajar:
- .Empleados o voluntarios con agencias colaboradoras o sin fines de lucro de otros estados, condados, locales o federales.
 - .Representantes de la Corte, fiscales y otros representantes de organismos de la ley e investigadores de protección al menor e investigadores de fraude.
 - .Representantes de Protección al Menor.
 - .Organizaciones e instituciones educativas.
 - .Proveedores de servicios médicos, como agencias de salud mental y de tratamiento de adicciones al alcohol y a las drogas.
 - .Aseguradores de salud, agencias de servicios médicos, organizaciones de cuidados supervisados y otras a cargo de sus cuidados.
 - .Custodios, conservadores o personas con Poder de Representación Legal.
 - .Investigadores médicos y forenses si usted fallece y se investiga su muerte.
 - .Oficinas de crédito, acreedores o agencias de cobranza, si usted no paga las cuentas que nos debe por nuestros servicios.
 - .Representantes de Servicios Humanos, incluyendo representantes de los servicios de ejecución de manutención.
 - .Otras entidades del cuidado de la salud controladas por el Condado de Hennepin, en caso de que soliciten servicios en alguna.
 - .Cualquier otra persona autorizada por ley.
- ### ¿Cuáles son sus derechos sobre su información?
- .Puede ver y copiar su información médica o privada. Usted deberá pagar por las copias.
 - .Puede dar permiso a otras personas para ver y tener copias de su información.



NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS PRIVADAS

.Puede cuestionar la información que tenemos sobre usted. Envíenos su descargo por escrito. Díganos porqué la información es errónea o incompleta. Envíe su propia versión de dicha información. Adjuntaremos su explicación en cada ocasión en la que se comparta su información con otra agencia.

.A pedirnos que compartamos su información con usted de un modo determinado o en cierto lugar, por ejemplo, que le enviemos información de salud a su trabajo u hogar. Puede solicitarnos que lo hagamos por escrito. Si consideramos que su solicitud es razonable, se la otorgaremos.

.A pedirnos que limitemos o restrinjamos el modo en el cual la utilizamos o divulgamos, pero no estamos obligados a acatar su solicitud.

.A obtener un registro de las personas u organizaciones con las que la compartimos. Este registro comenzó el 14 de abril de 2003. Debe solicitar una copia de este archivo por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

.Si no comprende la información, pídale a su Trabajador Social que se la explique. Puede solicitarle una copia de esta notificación al Departamento.

¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

.Hacerle saber nuestras obligaciones legales y prácticas privadas (en este documento).

.Proteger la privacidad de su información de acuerdo a los términos en esta notificación.

.No utilizar su información por motivos ajenos a los mencionados aquí, a menos que obtengamos su permiso por escrito. No la compartiremos con individuos o agencias que no estén enlistados aquí, a menos que obtengamos su permiso.

.Se nos requiere seguir los términos de esta notificación, pero podemos cambiar nuestras políticas de privacidad en el futuro, por ejemplo, por que cambian las leyes de privacidad y se nos requiere que cambiemos nuestras prácticas. De hacerlo, lo anunciaremos en nuestro sitio web: <http://www.co.hennepin.mn.us> palabra clave: Privacy.

¿Qué derechos de privacidad tienen los menores?

Si usted tiene menos de 18 años, sus padres pueden ver su información y permitir a otros que lo hagan, a menos que usted haya solicitado lo

contrario o que involucre tratamientos médicos para los que para los que no se requirió consentimiento parental. Usted puede realizar este pedido por escrito y aclarar qué información no desea compartir y por qué. Si la agencia coincide con su pedido, no la compartirá; caso contrario, compartirá la información en caso de que sus padres la requieran. Cuando no se haya solicitada consentimiento de los padres para un tratamiento médico, no se compartirá información con ellos, a menos que el profesional de la salud considere que al no hacerlo, pone en riesgo su salud.

¿Qué hacer si creo que mis derechos de privacidad han sido violados?

Puede quejarse si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. No se le puede negar un servicio ni ser mal atendido presentar una queja. Si cree que su privacidad médica ha sido violada por su doctor o clínica, asegurador o plan de salud o una farmacia, puede enviar una queja por escrito a:

- . Directamente a esa organización, o
- . A la oficina federal de derechos civiles a:
U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, Region V,
223 N Michigan Ave. Suite 240
Chicago IL 60601
(312)886-2359 (voz) o
Sin costo: (800) 368-1019/ (866) 282-0659
(312) 353-5693 (TTY/TDD)
(312) 886-1807 (fax)

Si usted cree que el Departamento de Servicios Humanos y Salud Pública del Condado de Hennepin ha violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos a la dirección ya mencionada o al Oficial de Privacidad del Departamento de Servicios Humanos
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 554164-0941
O a:
Hennepin County Human Services and Public Health Privacy Official
A-1600 Government Center
300 South 6th Street – Mail Code 160
Minneapolis, MN 55487-0160

Firme abajo para indicar que recibió esta notificación de privacidad

Receptor de la Notificación o Representante Legal Autorizado	Fecha
Nombre del Cliente	



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE PACIENTES CUYA INFORMACIÓN NO ESTÁ ALMACENADA EN EL SISTEMA DE REGISTRO DE SALUD "EPIC" DEL HSPHD

Notificación Tennessee - Explicación del uso de la información reunida por el HSPHD

Al recibir los servicios del HSPHD, se le pedirá que brinde determinada información acerca de usted mismo, su historia familiar, sus hábitos de vida, sus ingresos y finanzas e información relacionada necesaria para ayudar con la provisión de servicios o beneficios a usted y a su familia. Toda esta información y todos los documentos (planes de caso, evaluaciones, etc.) se archivarán en los sistemas combinados de registro electrónico. Otra información respecto de los cargos por los servicios del HSPHD o pagos por servicios también podrá guardarse en los sistemas combinados de registro electrónico.

La ley de Minnesota establece que este tipo de información no puede ser recopilada, utilizada, almacenada, distribuida (entregada a otros) sin avisarle a usted acerca de la forma en que el HSPHD trata dicha información. Usted ha recibido una copia de la Notificación de las prácticas de privacidad que le brinda a usted esta información.

La ley establece que usted puede negarse a brindar información al HSPHD. Sin embargo, si usted se niega a proveer información, es posible que el personal del HSPHD no conozca lo suficiente acerca de usted, como para brindarle una mejor atención o cobertura de esa atención a través de seguros, planes de salud o programas gubernamentales. En algunos casos, si usted no brinda determinada información es posible que el HSPHD no pueda proporcionarle servicios a usted.

Si usted es menor de 18 años y la naturaleza de sus servicios le permite a usted acceder a servicios, sin necesidad del consentimiento de sus padres, usted puede solicitar por escrito que no se brinde información alguna acerca de los servicios a sus padres o tutor. Usted debe saber que el personal del HSPHD puede proporcionar información a sus padres o tutor, si se determina que el hecho de no hacerlo, pondría en peligro seriamente a su salud o seguridad.

Acuse de recibo del Formulario de divulgación de información

Al firmar este formulario, entiendo que la información acerca de los servicios que recibo del HSPHD es parte del sistema combinado de registro electrónico y que está disponible a los fines del manejo de identidad y de la coordinación de servicios por parte de otros programas del HSPHD y por otros proveedores contratados por el HSPHD a los que se les otorgó acceso al sistema de registro electrónico. (1)

Además, al firmar este formulario entiendo que:

- Mi información sobre seguros de salud (plan de salud, fechas de cobertura, solicitudes pendientes) puede hacerse llegar a los proveedores de atención médica con fines de facturación.
- Si he recibido servicios de salud mental, de los programas de admisión de salud mental y de manejo de casos del HSPHD, eso forma parte de los sistemas combinados de registro electrónico. La información de salud mental se limita a mi número de caso, la información básica acerca de estos servicios, el tipo de servicio, el programa que provee el servicio, las fechas de servicio, si mi caso está abierto o cerrado y el nombre de mi asistente social. (2)

Firmas

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

- El paciente es un menor El paciente tiene una discapacidad mental o física Otro
- El paciente recibió la Notificación de prácticas de privacidad
- El paciente recibió el Formulario de divulgación de información

1. Entiendo que incluso si no firmo este formulario, esta información es parte del sistema de registro electrónico del departamento.
2. Entiendo que incluso si no firmo este formulario, mi información, incluidos mis datos de salud mental pueden conocerse sin mi permiso para determinadas actividades que el HSPHD tiene obligación de hacer de conformidad con la ley (por ejemplo Investigaciones de protección de adultos, Investigaciones de protección al menor o Estudios de detección precompromiso.