Marion County
OREGON
Health & Human Services

JUNTA DE COMISIONADOS
Kevin Cameron
Colm Willis
Danielle Bethell

ADMINISTRADOR DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
Ryan Matthews

Administración
TELÉFONO: (503) 588-5357
FAX: (503) 361-2782

Wraparound *(asistencia integral)* del Condado de Marion

Re: Paquete de información y referencia de Wraparound

Gracias por su interés en el Programa de WrapAround. Hemos adjuntado información importante para que la revise, junto con nuestro paquete de referencia de admisión para completar. Por favor devuelva el paquete de referencia, junto con una copia de una evaluación reciente de salud mental (MHA) que se ha completado dentro del último año. Su proveedor de salud mental puede ayudarle con esto.

Por favor, envíe por correo/entregue su paquete de referencia y la evaluación de salud mental. Uno de nuestros profesionales calificados en salud mental se comunicará con usted para comenzar nuestro proceso de elegibilidad para determinar si el Programa Wraparound coincide con las necesidades de su joven/familia; o si otros servicios y apoyos serían más apropiados.

Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta, o si podemos ayudarle. Nuestro número de contacto es 503-576-4536. Gracias por su tiempo y atención a este proceso. Esperamos trabajar con usted en apoyo de su hijo.

Por favor, devuelva los siguientes artículos:

- ☐ Paquete de remisión completado
- ☐ Evaluación actual de salud mental completada en el ultimo ano
- ☐ días. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL OHP

WRAPOS@co.marion.or.us
503-576-4536
3876 Beverly Ave NE, Edificio G, Salem, OR 97305

Marion County
OREGON
Health & Human Services

Marion County Health Department
YOUTH & FAMILY INFORMATION

Seleccione un Programa (Select Program): ☐ WrapAround ☐ JWRAP ☐ Rapid Access Assessment

Nombre del Individuo (Individual's Name): _____ Fecha de Hoy (Today's Date):_____

Fecha De Nacimiento (DOB): _____/_____/_____ #SS: _____ Raza/Etnicidad (Race/Ethnicity): _____

OHP: _____
For JWRAP: Commercial Ins Provider: _____ Ins#: _____ ☐ No Insurance

Sexo legaol (Legal Sex): F ☐ M ☐ Género Identificado (Identified Gender): _____

Nombre de la Escuela (School Name): _____ Grado (Grade): _____
IEP/Plan 504: Si ☐ No ☐ (IEP/504 Plan Yes or No)

Nombre del Padre/Nombre del Tutor (Parent/Guardian Name):_____

Madre Biológica (Biological Mother): _____
Padre Biológico (Biological Father): _____

Dirección (Address): _____

Mejor # de Contacto (Best Contact #): (_____) _____-_____
Es (Is this): # Hogar (Home#) ☐ #Cel (Cell#) ☐ # Trabajo (Work#) ☐

¿Está bien dejar un mensaje? (OK to leave message?) Si (Yes) ☐ No (No) ☐
Correo electrónico (Email): _____

¿Necesita Intérprete (Interpreter needed?) Si (Yes) ☐ No (No) ☐ Idioma (Language): _____

PROVEEDORES ACTUALES DE SERVICIO – Por favor indique el nombre y número (si aplica)
CURRENT SERVICE PROVIDERS—Please list name and phone number of contact person

Agencia/Proveedor Agency/Provider	Nombre Name	Número de Contacto Contact Number
Salud Mental (Mental Health):		
Médico de Cuidado Primario (Primary Care Physician):		
Problemas Médicos (Medical Issues):		
Medicamentos actuals (Current Medications): Nombre de quien Prescribe (Prescriber's Name):		
Libertad Condicional Juveníl/OYA (Juvenile Probation/OYA):		
Respaldo asignado (Assigned Back-up):		
Consejero Juvenil (Juvenile Counselor):		
Trabajador del Caso del DHS(DHS Case Worker):		
Padre de Crianza (Resource Parent):		
Proveedor de Alcohol/Droga (Alcohol/Drug Provider):		
Proveeder Residencial (Residential Provider):		
Otro (Other):		

MIEMBROS ACTUALES EN EL HOGAR
CURRENT HOUSEHOLD MEMBERS

Nombre (Name)	Relación (Relationship)	Edad o Fecha de Naciemiento Age or Date of Birth	Grado/Ocupación Grade/Occupation

Marion County
OREGON
Health & Human Services

Consentimiento Para Recibir Tratamiento

He leído y / o me han explicado lo siguiente como parte de mi orientación a los servicios de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion (ponga sus iniciales en todas las que apliquen):

____ Derechos y Responsabilidades

____ Procedimiento de Quejas y Reclamos

____ Carta de Bienvenida

Si tiene 18 años o más, escriba sus iniciales en las que apliquen

____ Me preguntaron si completé una Directiva Avanzada

____ Se me dio información sobre una Declaración para el Tratamiento de Salud Mental y se me brindó la oportunidad de completar una si así lo deseaba

Doy permiso a los Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marion para que me brinden servicios de evaluación y tratamiento.

_____ _____

Firma (Individuo o Tutor) Fecha

_____

Nombre Impreso del Individuo

☐ Se Negó a Firmar	☐ Incapaz de Firmar
Motivos por la cual se negó a firmar/incapaz de firmar:	

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Acuse de Recibo

POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE Y DESPUES FÍRMELO Y ESCRIBA LA FECHA ABAJO.

La Notificación de Prácticas de Privacidad le explica cómo el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion puede recoger, usar o compartir información de salud sobre usted y le explica sus derechos de privacidad. El Departamento de Salud y Servicios Humanos requiere que se le ofrezca a usted una Notificación de Prácticas de Privacidad de acuerdo a la ley federal.

A mí, _____ se me ha ofrecido una copia de la
(nombre del cliente en letra de molde)
Notificación de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion y he tenido una oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se recogerá, usara y compartían información sobre mi salud y cómo acceder mis derechos de privacidad.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Representante legal o personal del cliente (si aplica) Relación

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alterativos que cumplen con la guía para el Acta de Americanos con Discapacidad (ADA por sus siglas en ingles).
Comuníquese con su proveedor de servicios o llame el numero de teléfono central del Departamento de Salud y Servicios Humanos al (503) 588-5357 o por fax al (503) 364-6552.

Personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos: Por favor asegúrese que el individuo que va a recibir la Notificación de Prácticas de Privacidad complete y firme este documento.

Fecha de efectividad: 1 de junio, 2013

Marion County
OREGON
Health & Human Services

Departamento de Salud de Salud del Condado Marion
Programa New Solutions

ACUERDO SOBRE CUOTAS/CARGOS

Yo entiendo que cualquier cargo o cuota atribuida por los servicios que yo reciba en el programa New Solutions del Condado Marion será basado en mis ingresos, el número de dependientes en mi familia y en la Guía de Ingresos impresa al dorso de este formulario. Mi pago, si aplica, establecido por dichos servicios será basado en los cargos del programa New Solutions que también se encuentran al dorso de este formulario.

Yo entiendo que si tengo un seguro médico privado que no sea Medicaid/OHP, el programa New Solutions del Condado Marion enviará la factura primero a mi compañía de seguros y yo podría ser responsable de cualquier pago adicional que no sea cubierto por mi seguro médico. You entiendo también que este acuerdo de cuotas o pagos aplicará al total no cubierto por mi privado.

Si mi situación justifica el establecimiento de cuotas, yo entiendo y estoy de hacer el pago directo al programa New Solutions del Condado Marion. Yo estoy de acuerdo en ser responsable de reportar al personal del programa New Solutions de manera oportuna, cualquier cambio en mi situación que pueda impactar mi acuerdo sobre cuotas/pagos.

Yo entiendo que si no cumplo con este acuerdo, el Programa New Solutions se reserva el derecho do negarme servicios en el futuro.

CUOTA REDUCIDA O EXENTA/ANULADA

_____ Cuota reducida a un _____% de la tarifa completa por cargos de servicio

_____ Exenció/anulació de cuota mentari_____

_____

Firma del supervisor: _____ Fecha: _____

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las das an cuanto a la reducción o exención de la cuota.

Padres/tutores legales: _____ Fecha: _____

COBERTURA DE MEDICAID/OHP

_____ Factura para Medicaid/OHP Nombre del cliente: _____

Yo entiendo que no se me cobrará ninguna cuota o pago mientras que tenga el seguro médico de Medicaid/OHP ni seré responsable de los gastos que no sean cubiertos por Medicaid/OHP.
Yo entiendo que si en algún momento se termina mi cobertura de Medicaid/OHP, se completará un nuevo Acuerdo de Cuotas/Pagos para reevaluar mi capacidad de pago y será retroactivo a la fecha terminación de Medicaid/OHP.
Yo estoy de acuerdo en ser responsable de reportar cualquier cambio en mi cobertura de Medicaid/OHP al personal del programa New Solutions de forma oportuna.

Padres/Tutores legales: _____ Fecha: _____