

Remisión de navegación familiar

Fecha de remisión: _____ Escuela: _____

Joven: _____ Género: _____ F. NAC.: _____ Grado: _____

Padre/Madre/Tutor: _____

Información de contacto: _____ (dirección)
 _____ (ciudad, estado, código postal)
 _____ (teléfono principal)
 _____ (teléfono alterno o correo electrónico)

Participación en la comunidad	
Libertad Condicional <input type="checkbox"/> Previa <input type="checkbox"/> Actual	Mind Springs Health <input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual
Proyecto de ley 94 del senado <input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual	MCDHS <input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual
Tribunal de Ausentismo <input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual	Otro:

¿Este joven tiene seguro actualmente?
 Sí No
En caso afirmativo, de qué tipo:
 Medicaid CHP+
 Privado
 Otro _____

Objetivo de la gestión de casos: _____

Información adicional de la familia (Opcional) _____

Información de la fuente de remisión (Opcional)

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Organización/Puesto: _____ Correo electrónico: _____

Doy mi consentimiento para que se me remita a la Family & Adolescent Partnership (FAP) para una evaluación voluntaria para servicios. Esto incluye la documentación de la base de datos demográfica y la evolución del caso para cumplir los requisitos de financiación.
 Autorizo a la FAP, a la agencia de remisión y/o a un Navegador Familiar (con Hilltop Community Resources u On 2nd Thought) a compartir información confidencial específica sobre mí y/o mis hijos menores con el fin de prestar servicios de colaboración.
Tutor (Firma): _____ **Fecha:** _____
Comprendo que estos datos están protegidos por los Reglamentos de confidencialidad federales y estatales. La información sobre los servicios que estoy recibiendo no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que cualquier comunicación que quede fuera de esta descripción de divulgación no puede ser compartida sin notificarlo primero a la parte que firma esta divulgación. También comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito; de lo contrario, seguirá en vigor durante un año a partir de la fecha arriba indicada.

Devuelva este **formulario de remisión** a la Family & Adolescent Partnership por cualquiera de los siguientes métodos:
Correo electrónico a FAPreferrals@htop.org o Fax 970-244-0542
¿Tiene preguntas? ¿Preocupaciones? ¿Comentarios? 970-244-0613 o FAPreferrals@htop.org
Esta no es una remisión para financiación. Para obtener financiación, contáctenos en el número de teléfono o correo electrónico arriba indicados.