



Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee

Consentimiento de Colaboración Multiagencias con un Enfoque de Equipo Único y Plan Único

NOTA: *Las familias atendidas por el estado de Tennessee pueden desconocer los muchos recursos que tienen a su disposición. A veces, es difícil usar estos recursos de manera efectiva porque se ofrecen a través de varias agencias. El objetivo de este programa es garantizar que su familia tenga un acceso total a todos los programas, beneficios y servicios que brindan las agencias participantes.*

PARTICIPACIÓN

¿Qué agencias participan actualmente?

- Departamento de Servicios Infantiles
- Departamento de Finanzas y Administración de Atención Médica, División de TennCare
- Departamento de Educación
- Departamento de Salud Mental y Servicios de Abuso de Sustancias
- Departamento de Salud
- Departamento de Servicios Humanos
- Departamento de Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral
- Departamento de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Adulto(s) participante: _____ Fec. de Nac.: _____

Dirección: _____

Menores para los cuales el participante puede otorgar su consentimiento:

Fec. de Nac.: _____

CONFIDENCIALIDAD

Se puede recopilar información sobre lo siguiente:

- Usted, su familia o sus hijos
- Cualquier servicio que sus hijos reciban
- Cualquier apoyo comunitario disponible para su familia
- La asistencia escolar de sus hijos
- La experiencia de su familia en el cuidado de sus hijos
- Historial de salud mental y física de usted y sus hijos
- Otro:

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

¿Por qué utilizar este enfoque? El Enfoque de Equipo Único y Plan Único está diseñado para ayudarlo a usted y su familia a obtener el apoyo que necesita al combinar los servicios de varios proveedores. Usted colaborará con un equipo de servicios para determinar qué programas serán más útiles para su familia. Usted y el equipo trabajarán juntos para crear un plan, establecer metas y alcanzar el éxito.

¿Cómo se usa este enfoque? Cualquier persona que quiera usar este Enfoque debe indicar que acepta participar. Puede confirmar su participación firmando su nombre y escribiendo la fecha al final de este formulario. Para usar este Enfoque, también debe autorizar que los miembros del equipo puedan hablar entre sí sobre las necesidades de usted y de su familia. Puede aceptar que los miembros del equipo hablen entre sí firmando el reverso de este formulario.

Este enfoque lo conectan a usted y a su familia con estos programas estatales que podría necesitar, tales como:

- Apoyo de alimentos, ingresos y cuidado infantil
- Servicios y apoyo de búsqueda de empleo
- Servicios de salud, odontología, salud mental y adicciones
- Coordinación de la atención
- Servicios y apoyo para discapacidades
- Planificación familiar

Lo que debe hacer para que este Enfoque funcione:

- Decir la verdad sobre la ayuda que usted y su familia necesitan.
- Solicitar ayuda al equipo de servicio si la necesita.
- Participar en reuniones con su equipo de servicios. Esto ayudará a que usted y su familia obtengan la ayuda que necesitan.
- Permitir que los miembros del equipo de servicios compartan información sobre su avance y el de su familia.
- Hacer su mejor esfuerzo con la ayuda proporcionada a su familia.

Derecho a no utilizar este Enfoque: Usted y su familia no tienen la obligación de emplear este Enfoque. Si no desea utilizar este Enfoque, no firme este formulario. Si decide no firmar este formulario, no cambiará su elegibilidad ni la de su familia para recibir servicios fuera de este Enfoque.

Consentimiento: Si desea emplear este Enfoque, firme su nombre y escriba la fecha en las líneas de abajo. Firmar su nombre y escribir la fecha significa que se ha unido al Enfoque hasta que se complete su caso, o hasta que ya no desee continuar participando. Puede rescindir su participación en este Enfoque informándonos que ya no desea participar en este Enfoque.

Consentimiento: Acepto unirme a este Enfoque, y doy mi permiso para que el equipo de servicios trabaje conmigo y con mis hijos.

Firma del adulto participante

Fecha

Si usted es el padre o representante autorizado o tutor de un menor o menores, y desea que ellos se unan y obtengan ayuda con este Enfoque, escriba sus nombres en la línea a continuación. Si usted es el representante o tutor autorizado, debe tener una prueba de que puede actuar en nombre del menor o menores.

Escriba los nombres
de los menores aquí: _____

Cómo rescindir su participación en el Enfoque: Si decide rescindir su participación en este Enfoque, y no desea rescindir verbalmente su participación con su equipo, puede enviar una carta o correo electrónico a su trabajador local del Departamento de Servicios Infantiles:

El DCS debe completar la información a continuación para que este formulario sea válido.

Nombre del personal, Agencia: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN

¿Por qué la divulgación de información es útil? Al firmar esta Autorización, usted permite que los miembros del equipo del Enfoque de Equipo Único y Plan Único compartan entre sí información sobre usted, sus hijos u otras personas por las que usted puede actuar legalmente, con el fin de satisfacer de mejor manera las necesidades de su familia. Usted no se volverá inelegible para recibir beneficios solo porque se niega a firmar esta Autorización. Sin embargo, debe completar, firmar y fechar esta Autorización si desea participar en el Enfoque de un Equipo Único y Plan Único.

¿Qué información se puede compartir o divulgar? Los miembros del equipo del Enfoque de Equipo Único y Plan Único pueden usar estos expedientes para ayudarlo a usted y a su familia a obtener los servicios necesarios. Esta es una lista de expedientes que se pueden usar para este Enfoque:

- Historial y tratamiento de abuso de alcohol y sustancias
- Condiciones y tratamiento de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- VIH/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
- Información y servicios educativos y de desarrollo
- Servicios educativos
- Servicios de salud pública
- Servicios de cuidado infantil
- Cualquier apoyo comunitario que su familia ya recibe
- Cualquier servicio que sus hijos o familia reciben
- Programas de asistencia financiera
- Participación del DCS
- Información médica y otra información de salud, incluyendo información médica protegida por la HIPAA
- Servicios por discapacidad
- Búsqueda de trabajo y ayuda de empleo
- Otro:

¿Quién compartirá información sobre usted o su familia? Al firmar esta Autorización, usted está permitiendo que todos los miembros del equipo del Enfoque de Equipo Único y Plan Único divulguen expedientes e información confidencial de usted, incluyendo la información médica protegida, a cualquier otro miembro del equipo del Enfoque de Equipo Único y Plan Único, según sea necesario y en la medida permitida por la ley aplicable. El equipo del Enfoque de Equipo Único y Plan Único incluye las siguientes entidades:

- Departamento de Servicios Infantiles
- Departamento de Educación
- Departamento de Salud
- Departamento de Servicios Humanos
- Departamento de Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral
- Departamento de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo
- Departamento de Salud Mental y Servicios de Abuso de Sustancias
- Todos los contratistas y socios de las partes mencionadas anteriormente, incluyendo las Organizaciones de Atención Administrada y otras entidades
- División de TennCare (Medicaid, CHOICES, Employment and Communities First CHOICES, CoverKids)

NOTA: Algunas de estas agencias estatales tienen socios que le brindarán servicios a usted o su familia a través de este Enfoque. Estos socios pueden compartir entre sí, o con el estado, la información sobre usted y su familia para este Enfoque de Equipo Único y Plan Único. Algunas agencias y sus socios pueden tener reglas y políticas diferentes, y pueden pedirle a usted que firme otra autorización antes de compartir su información. Esto puede incluir la autorización de divulgación de sus expedientes médicos.

Derecho a no firmar: Usted no tiene la obligación de participar en este Enfoque, y puede negarse a firmar esta Autorización. Si decide no firmar esta Autorización, no participará en el Enfoque de Equipo Único y Plan Único, ya que este modelo requiere el intercambio de información con los otros miembros del equipo para poder obtener los servicios que ayudarán a su familia. Si elige no firmar o participar, no cambiará su elegibilidad para otros programas estatales o federales.

¿Puede perder las protecciones de su información privada? Sí. Los miembros del equipo del Enfoque de Equipo Único y Plan Único siguen las leyes y regulaciones que protegen la información privada. Pero no todas las organizaciones están obligadas a seguir las mismas leyes y regulaciones. Cuando firma esta Autorización, usted comprende que su información puede compartirse con miembros o socios del Enfoque de Equipo Único y Plan único, y que ellos pueden compartirla con otras personas.

Cómo rescindir esta autorización: Esta autorización es válida por 2 años a partir de la fecha en que firma este formulario. Puede rescindir esta autorización en cualquier momento escribiendo a la dirección que figura a continuación, indicando que desea rescindir su autorización. El rescindir esta autorización no cambiará la información que ya se ha compartido, pero ya no compartiremos la información a partir de esa fecha. Si desea rescindir esta autorización, escriba a la siguiente dirección:

El DCS debe completar la información a continuación para que este formulario sea válido.

Nombre del personal, Agencia: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Autorizo la divulgación y el intercambio de información: He leído y entiendo esta Autorización. Acepto permitir que los miembros del equipo del Enfoque de Equipo Único y Plan Único compartan e intercambien información entre sí sobre mí, mis hijos y otras personas por las que puedo actuar legalmente.

Nombre: _____ Fec. de Nac.: _____

Dirección: _____

Nombre del menor: _____ Fec. de Nac.: _____

Nombre del menor: _____ Fec. de Nac.: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con los menores: _____

Esta Autorización permite la divulgación de información confidencial sobre una persona que recibe servicios (beneficiario del servicio), y tal divulgación se rige y regula de conformidad con el Título 33, Código Anotado de Tennessee, incluyendo los expedientes relacionados con salud mental, y abuso de sustancias y alcohol. Cualquier información divulgada en virtud de esta Autorización se divulgará de acuerdo con las siguientes leyes y regulaciones de confidencialidad: Título 33, Código Anotado de Tennessee; la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y sus regulaciones en el Código 45 de Regulaciones Federales (CFR), Partes 160 y 164; y la Ley Federal de Confidencialidad de Expedientes de Abuso de Alcohol y Sustancias y sus regulaciones en el CFR 42, Parte 2. Los expedientes divulgados a través de esta Autorización están protegidos por las leyes y regulaciones de confidencialidad mencionados anteriormente. Las reglas federales restringen cualquier uso de información sobre abuso de alcohol y sustancias con el fin de investigar o procesar penalmente a la persona a quien pertenece la información. La divulgación posterior de esta información a partes distintas a las designadas en esta Autorización está expresamente prohibida sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a la que pertenece la información.

Need free language help? / ¿Necesita ayuda gratuita con el idioma? , هل تريد المساعدة اللغوية مجاناً؟
로통역 도움이 필요하십니까? / Cần giúp đỡ miễn phí ngôn ngữ? / هاريكاريا پينئي تو / ما رامي به بي يا زماني هاريكاريا پينئي تو / Ma u baahan tahay gargaar luqadda oo bilaash ah -

Call / llame / اتصل / 请致电 / 전화 / Gọi / بکه نديی یوه په / so wac **800-482-8292**

Have a disability and need free help or an auxiliary aid or service (Braille, large print)? / ¿Tiene una discapacidad y necesita ayuda gratuita? / مجاناً؟ المساعدة الى تحتاج و عجز عندك هل /
/ 您是否因殘障而需要免費的幫助呢? / 장애가 있으신 분이로서 무료 도움이 필요하십니까? / Có khuyết tật và cần sự giúp đỡ miễn phí / هاريكاريا وپينئي ندامي نه كنم بي تو / ما رامي به بي هاريكاريا وپينئي ندامي نه كنم بي تو / Ma leedahay naafo oo u baahan tahay gargaar bilaash ah

Call / llame / اتصل / 请致电 / 전화 / Gọi / بکه نديی یوه په / so wac **615-532-5552**

Free / gratis TRS Call / llame 711 Ask / pregunte **800-848-0299**