



Nombre del proveedor médico:

Nombre del profesional de salud mental:

Agencia: _____

Agencia: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Nombre del proveedor de tratamiento para el abuso de sustancias:

Nombre del otro profesional clínico/médico:

Agencia: _____

Agencia: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Riesgos (marque todos los que correspondan e indique la fecha de ocurrencia si procede; indique NA si no corresponde):

Incendio provocado (fecha: _____)

Daños a la propiedad (fecha: _____)

Delitos sexuales a otras personas (fecha: _____)

Delitos violentos contra otras personas o la propiedad (fecha: _____)

Daño físico a otras personas (fecha: _____)

Intento de suicidio/autolesión (fecha: _____)

Víctima de abuso físico o sexual (fecha: _____)

Otros asuntos legales previos o actuales:

Problemas médicos (marque todas las opciones que correspondan):

Antecedentes de caídas

Incontinencia

Pérdida de
audición

Pérdida de visión

¿Dificultad para caminar?

Sí

No

~ En caso afirmativo, el residente utiliza (marque todas las opciones que correspondan):

Andador

Silla de ruedas

Silla de transferencia

Preocupaciones médicas/Comentarios/Otra información:



Diagnósticos de salud mental:

Diagnósticos de abuso de sustancias y frecuencia de uso (sea específico):

Complete lo siguiente; las respuestas deben ser "No se requiere asistencia" o "Se necesita asistencia":

Gestionar sus necesidades de cuidado personal
(aseo, higiene, lavandería, limpieza, etc):

Utilizar su propio medio de transporte, el transporte
público y otros recursos comunitarios:

Responder adecuadamente a situaciones de
emergencia (por ejemplo, médicas, incendios):

Cumplir con las citas y demás
responsabilidades:

Planificar, comprar y preparar las comidas:

Gestionan su propio dinero:

Describe la experiencia previa del residente en cuanto a:

Vida independiente:

Historial de tratamiento por consumo de drogas o alcohol:

Habilidades interpersonales/apoyo (incluida la familia):

Hospitalizaciones (causas y fechas):



¿El residente puede autoadministrarse sus medicamentos? Sí No ~ Si no, ¿hay apoyo para ayudarle? Sí No
¿El residente surte sus propias recetas? Sí No ~ Si no, ¿hay apoyo para ayudarle? Sí No

Financiación (marque todas las fuentes de ingresos que recibe actualmente el beneficiario)

SSI - \$ _____ al mes	Pensión alimenticia - \$ _____ al mes
SSD - \$ _____ al mes	Empleo - \$ _____ al mes
SSP - \$ _____ al mes	Pensión - \$ _____ al mes
DHS - \$ _____ al mes	Fondo fiduciario - \$ _____ al mes
Beneficios SNAP- \$ _____ al mes	Otros - \$ _____ al mes

Activos (mencione todos los activos):

Deudas (mencione todas sus deudas, incluyendo servicios públicos pagados anteriormente, manutención de menores, deudas de tarjetas de crédito, etc.):

¿El residente cuenta con:		- En caso afirmativo, N.º de
~ Medicare?	Sí No	Medicare:
~ Medicaid?	Sí No	- En caso afirmativo, N.º de Medicaid
~ Seguro privado?	Sí No	- En caso afirmativo, plan y N.º: _____
~ Representante legal para el pago de beneficios	Sí No	- En caso afirmativo, agencia: _____

Documentos requeridos (**verifique** que el residente tenga todos los documentos en su poder):

DD-214
Tarjeta del Seguro Social
Acta de nacimiento
Identificación con foto
Carta de concesión del Seguro Social

Estados de cuenta bancarios
Decl. de impuestos del año anterior o formulario 1099
Recibos de nómina
Doc. de pensión alimenticia/manutención de menores
Comprobante de bienes o hipoteca



**** Proporcione la evaluación psicosocial, la valoración psiquiátrica o la valoración de necesidades más recientes, según corresponda, así como cualquier otra evaluación que pueda ser útil. Esto agilizará el proceso de derivación.**

La firma a continuación indica que este posible residente está médica y psiquiátricamente estabilizado, no necesita un nivel de atención superior y se considera apto para el Programa de Vivienda de Apoyo para Personas con Enfermedades Mentales Graves (SMI). Según mi leal saber y entender, el posible residente cumple con los criterios de elegibilidad mencionados arriba.

Firma del agente remitente: _____ **Fecha:** _____
(obligatorio)

Nombre y cargo en letra imprenta: _____

Firma del residente: _____ **Fecha:** _____
(obligatorio)

Nombre en letra imprenta: _____

Las referencias pueden enviarse de forma segura por correo electrónico o fax a:

lbabbitt@monroecounty.gov or
courtneyponder@monroecounty.gov

585-753-2885 (fax)

¿Tiene alguna pregunta?

Comuníquese al 585-753-2874 o
585-753-2617

Una vez recibidas las referencias, se revisarán para determinar su pertinencia. Si hay preguntas, inquietudes o si se requiere documentación adicional, el personal de SPOA se comunicará con la persona que realizó la referencia. Si la persona cumple con los criterios del programa, se la enviará al programa ESSHI de su preferencia.



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE PERSONAS SIN HOGAR DE ESSHI

Debe adjuntarse la verificación del estado que se indica a continuación.

☒	Situación de persona sin hogar
	La persona remitida es una persona sin domicilio que no puede conseguir una vivienda permanente y estable sin asistencia especial. (Esto incluye a aquellos que están alojados de manera inapropiada en una instalación institucional y pueden vivir de manera segura en la comunidad, y aquellos que corren el riesgo de quedarse sin hogar).
	La persona remitida es un adulto o un adulto joven que se reincorpora a la comunidad tras haber estado encarcelado o internado en un centro de justicia juvenil, que fue puesto en libertad o dado de alta, y que no cuenta con una vivienda permanente y estable.
	La persona remitida es una sobreviviente de violencia doméstica que necesita una vivienda segura y estable.

Comentarios:

Información de contacto de la fuente de remisión

Nombre

Agencia

Correo electrónico

Teléfono

Certifico, a mi leal saber y entender, que la información de arriba y todos los documentos de verificación adicionales presentados son verdaderos y exactos.

Firma del agente/representante de remisión

Fecha

Firma del posible inquilino

Fecha

Documentación de apoyo

La siguiente documentación es necesaria para que la empresa administradora de propiedades certifique la aceptación.

Cuantos más documentos se adjunten al formulario de referencia, más rápido se agilizará el proceso.

- **Identificación oficial con foto (obligatoria)**
- **Tarjeta del Seguro Social (obligatoria)**
- **Acta de nacimiento (obligatoria)**
- **Formulario DD214 (si corresponde)**
- **Estado de cuenta bancario actual (cuenta corriente y de ahorros) (necesario durante el proceso de arrendamiento) (si corresponde)**
- **Si trabaja: recibos de pago de las últimas 6 semanas consecutivas (si corresponde)**
- **Carta actual de concesión de beneficios del Seguro Social (SS/SSI/SSP) (con fecha de los últimos 120 días) (si corresponde)**
- **Carta actual de concesión de beneficios por discapacidad del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) (con fecha de los últimos 120 días) (si corresponde)**
- **Carta actual de beneficios por discapacidad o compensación laboral (si corresponde)**
- **Carta actual de pensión (si corresponde)**
- **Presupuesto de asistencia pública (si corresponde)**
- **Acuerdo de divorcio (si corresponde)**
- **Comprobante de desembolso de manutención infantil (si corresponde)**
- **Declaración de impuestos del año anterior (formulario 1040 y W/2) o formulario 1099 del Seguro Social (si corresponde)**

***Es posible que el agente de arrendamiento requiera documentos adicionales durante el proceso de arrendamiento.**

Monroe County Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe
Autorización para el Uso y la Divulgación de Información Confidencial

Este formulario está diseñado para ser utilizado por organizaciones que colaboran en la planificación, coordinación y prestación de servicios a personas diagnosticadas con una enfermedad mental. Permite el uso, la divulgación y la re-divulgación de información confidencial para la coordinación de la atención, la prestación de servicios, el pago de los mismos y las operaciones de atención médica. Este formulario cumple con los requisitos del § 33.13 de la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York, las regulaciones federales de privacidad de registros de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2) y la ley federal que rige la privacidad de los registros educativos (FERPA) (20 USC 1232g). No debe utilizarse para información relacionada con el VIH/SIDA. Si bien incluye muchos de los elementos requeridos por 45 CFR 164.508(c), este formulario no constituye una "Autorización" según las normas federales de HIPAA. No se requiere una "Autorización" porque el uso y la divulgación de información de salud protegida se realizan con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. (Consulte 45 CFR 164.506).

1) Por la presente, autorizo el uso y la divulgación de mis registros de salud, salud mental, consumo de alcohol y drogas, y educación, según se describe a continuación.

2) La persona cuya información puede ser utilizada o divulgada es:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

3) La información que puede ser utilizada o divulgada incluye (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Registros de salud mental
- ☐ Registros de alcohol/drogas
- ☐ Registros escolares o educativos
- ☐ Registros médicos
- ☐ Todos los registros mencionados anteriormente

4) Esta información puede ser divulgada por:

- ☐ Cualquier persona u organización que posea la información que se divulgará
- ☐ Las personas u organizaciones que figuran en el Anexo A
- ☐ Las siguientes personas u organizaciones que me prestan servicios:

5) Esta información podrá divulgarse a:

- ☐ Cualquier persona u organización que necesite la información para prestar servicios a la persona a la que se refiere el registro, pagar por dichos servicios o participar en el control de calidad u otras operaciones de atención médica relacionadas con esa persona
- ☐ Las personas u organizaciones que figuran en el Anexo A
- ☐ Las siguientes personas u organizaciones:

6) Los fines para los que se puede usar y divulgar esta información incluyen:

- Evaluación de la elegibilidad para participar en un programa apoyado por el Departamento de Salud Mental del Condado de Monroe;
- Prestación de servicios, incluyendo la coordinación de la atención y la gestión de casos;
- Pago por los servicios; y
- Operaciones de atención médica, como el control de calidad.

Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe
Permiso para usar y divulgar información confidencial (continuación)

7) Entiendo que la ley estatal de Nueva York y la ley federal prohíben a las personas que reciben expedientes de salud mental, abuso de alcohol o drogas y educación, divulgar dichos expedientes sin autorización. También entiendo que no todas las organizaciones que reciben un expediente están obligadas a cumplir con las normas federales de HIPAA que rigen el uso y la divulgación de información de salud protegida. POR LA PRESENTE, AUTORIZO A LAS PERSONAS Y ORGANIZACIONES QUE RECIBEN REGISTROS CONFORME A ESTA AUTORIZACIÓN A DIVULGAR EL REGISTRO Y LA INFORMACIÓN QUE CONTIENE A LAS PERSONAS U ORGANIZACIONES DESCRITAS EN EL PÁRRAFO 5 PARA LOS FINES PERMITIDOS EN EL PÁRRAFO 6, PERO PARA NINGÚN OTRO FIN.

8) Esta autorización vence (marque):

- ☐ En esta fecha _____
- ☐ Al ocurrir el siguiente evento _____

9) Esta autorización está limitada de la siguiente manera:

- ☐ El permiso solo se aplica a los registros del siguiente período: _____ a _____
- ☐ Otras limitaciones: _____

10) Entiendo que este permiso puede ser revocado.

Entiendo que si se revoca este permiso, es posible que no pueda seguir participando en ciertos programas. Se me informará de esta posibilidad si deseo revocar el permiso. También entiendo que los registros divulgados antes de la revocación de este permiso podrían no recuperarse. Cualquier persona u organización que se haya basado en este permiso podrá seguir utilizando o divulgando registros e información de salud protegida según sea necesario para completar el trabajo iniciado gracias a este permiso.

Soy la persona cuyos registros serán utilizados o divulgados. Doy mi autorización para que mis registros sean utilizados y divulgados según lo descrito en este documento.

Firma

Fecha

Soy el representante legal de la persona cuyos registros serán utilizados o divulgados. Mi relación es _____. Doy mi autorización para usar y divulgar los registros según se describe en este documento.

Firma

Fecha

Nombre en letra imprenta

Anexo A

Esta autorización para divulgar registros se aplica a las siguientes organizaciones y a las personas que trabajan en ellas. Estas organizaciones colaboran para prestar servicios a los residentes del condado de Monroe.

Access-VR	Liga de Acción Iberoamericana
Acción para una Mejor Comunidad	Salud Mental Provisional
Servicios de Protección para Adultos	Servicio Familiar Judío de Rochester
Centro de Salud Anthony Jordan	Centro de Tratamiento de Adicciones John L. Norris
Asentamiento de Baden Street	Recursos de la Libertad
Cuidado Equilibrado	Atención de por Vida
Beacon Health Strategies, LLC (Organización de Atención Administrada de Medicaid)	Colaboración MC
Blue Cross/Blue Shield del oeste de Nueva York Health	Asociación de Salud Mental de Rochester
Now (Organización de Atención Administrada de Medicaid)	Molina Healthcare
Centro Familiar Católico	Centro Correccional de Monroe
Servicios Comunitarios de Caridades Católicas	Departamento de Servicios Humanos del Condado de Monroe
Centro para la Juventud	Cárcel del Condado de Monroe
Servicios de Protección Infantil	Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe
Community Care of Rochester, Inc. (Oficina de Enfermería Visitante)	Monroe Plan for Medical Care, Inc.
Signature Care	MVP (Organización de Atención Administrada de Medicaid)
Lugar Comunitario del Gran Rochester	Alianza Nacional
Cuidado de Compañía de Rochester	Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI)
Compeer Rochester	New York Care Coordination Program, Inc.
Conifer Park, Inc.	NY Connects
Coordinated Care Services, Inc.	Oficina de Servicios y Apoyo para la Adicción (OASAS)
Centro Infantil Crestwood	Oficina de Personas con Discapacidad de Desarrollo (OPWDD) OnTrack NY
Residencia para Mujeres Daisy Marquis Jones	Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York
Servicios de Drogas y Alcohol Delphi	Programa de Tratamiento de Mantenimiento con Metadona Pathways
Servicios Comunitarios DePaul	Casas Pathway de Rochester
Departamento de Correcciones y Supervisión Comunitaria	Prime Care (anteriormente Correct Care Solutions)
Vivienda Eagle Star	Desarrollo Juvenil Puertorriqueño - Opciones de Recuperación Simplificadas (ROME)
Corporación East House	Asociación de Reinserción del Oeste de Nueva York (RAWNY)
Easter Seals New York	Servicios de Rehabilitación, Asesoramiento y Evaluación, LLC.
Eldersource / Lifespan	Red de Recuperación de Rochester/Monroe
Servicios de Asesoramiento Endeavor	Salud Regional de Rochester
Epilepsia-Pralid, Inc.	Centro Psiquiátrico de Rochester
Excellus/Centene/Evolve Health (Organización de Atención Administrada de Medicaid)	Centro de Rehabilitación de Rochester
Fidelis (Organización de Atención Administrada de Medicaid)	Spectrum Health and Human Services
Agencia de Asesoramiento y Recuperación del Área de Finger Lakes (FLACRA)	Centro Comunitario de Salud Mental Steven Schwarzkopf
Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo de Finger Lakes (DDSO)	The Healing Connection, Inc.
Centro Gavia LifeCare	Threshold Center
Red de Hogares de Salud del Gran Rochester (GRHHN)	Trillium Health
Clínica de Salud Mental del Condado de Genesee Atención Domiciliaria HCR	United Health Care (Organización de Atención Administrada de Medicaid)
Hogares de Salud del Norte del Estado de Nueva York (HHUNY)	Universidad de Rochester/Hospital Strong Memorial Liga Urbana de Rochester
Helio Health, Inc.	Programa de Vivienda Asistida de la YWCA
Centro Hickok	Venture For the, Inc.
Familia de Agencias Hillside	Administración de Veteranos
Centro Infantil Hillside	Centro de Asistencia a Veteranos
Huther-Doyle Memorial Institute, Inc.	Villa de la Esperanza
	Westfall Associates