

APLICACIÓN PARA SERVICIOS

Departamento de Salud Mental Comunitaria del Condado de Westchester Servicios de Salud Mental de Niños - Punto de Acceso Solo (SPOA)

Por favor incluya requerido a) esta aplicación, b) evaluación de salud mental completada dentro de seis meses, y, si está disponible, c) cualquier documentos adicionales que usted siente puede ser útiles (por ejemplo, evaluaciones psicológicas, evaluaciones de CSE, IEPs).

Envíe a:

Betsy Litt, Coordinadora de SPOA, Westchester County DCMH, 112 East Post Road, 2nd Fl, White Plains, NY 10601

*** Para colocaciones de salud mental fuera del hogar (CR, RTF) se requieren documentación y consentimientos adicionales**
Para detalles, por favor póngase en contacto con Betsy Litt al bal4@westchestergov.com o (914) 995-7458*

Estimado padre/guardián:

Esta es una aplicación para la administración de casos de salud mental y/o el cuidado de su niño fuera de su hogar. Por favor lea cuidadosamente esta información y hable con la persona que está llenando este formulario con usted.

Los servicios de administración de casos ayudan a las familias de niños con graves problemas emocionales, sociales y de comportamiento obtener los servicios y el apoyo que necesitan para mantener a sus hijos de forma segura en la comunidad. Ya que usted es el experto en las necesidades de su niño y familia, el administrador de casos trabajará atentamente y en colaboración con usted para desarrollar un plan individualizado. El desarrollo y la supervisión de este plan, requerirá un fuerte compromiso por su parte, así como de la terapeuta de su hijo y otras personas involucradas.

Para ayudarnos a entender mejor lo que sería más útil, por favor complete el Cuestionario de Familia abajo. Siéntase libre de utilizar páginas adicionales. Una vez que firme el consentimiento para el Comité SPOA recibir información sobre su hijo, el Coordinador del SPOA revisará la aplicación y puede comunicarse con usted para obtener información adicional. El Comité SPOA entonces determinará si su hijo cumple con los requisitos de elegibilidad, y si así, el programa que mejor satisface las necesidades de su hijo. Se le notificará de nuestra decisión en el plazo de 3 días hábiles.

En un esfuerzo para facilitar el acceso a una mayor variedad de servicios voluntarios, SPOA ahora está asociado con la Unidad de Sistemas de Colaboración (CSU), una colaboración entre DCMH Salud Mental de Niños, Departamento de Servicios Sociales, Departamento de Libertad Condicional, y los proveedores de salud mental del Servicios de la Comunidad Judía de Westchester (WJCS), y la Asociación de Salud Mental de Westchester (MHA). **Si desea que su familia será considerado para tales servicios, asegúrese de inicial en la caja correspondiente en el otro lado de esta página.**

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de referencia a SPOA o a CSU, por favor comuníquese con **Betsy Litt, Departamento de Salud Mental Comunitaria del Condado de Westchester** al (914) 995-7458 o por correo electrónico al bal4@westchestergov.com

Por favor tome unos minutos para pensar en las necesidades de su familia y complete las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?

¿Cuáles son sus fortalezas familiares?

¿Cuál es su mayor preocupación ahora mismo?

¿Qué cosas harían mejorar para su hijo y familia?

¿Tienes algún comentario adicional?

Autorización de HIPPA para Revelar y Obtener Información

Estimado padre/guardián:

Gracias por tomar el tiempo para leer esta solicitud de remisión de servicios en el Sistema de Salud Mental para Niños del Condado de Westchester. Como guardián legal del niño, su consentimiento es necesario para el Comité SPOA recibir información de su hijo y comunicarse con los proveedores de su hijo enumerados abajo.

El Comité SPOA está integrado por representantes del Departamento de Salud Mental Comunitaria del Condado de Westchester (DCMH), Family Ties de Westchester, la Asociación de Salud Mental de Westchester (MHA), Servicios de la Comunidad Judía de Westchester (WJCS), la Casa Abbott, y los Servicios Familiares de Westchester (FSW).

Como el guardián legal de _____ (nombre del niño), yo doy permiso a el Comité SPOA de Niños del Condado de Westchester para obtener información de y comunicarse con los proveedores de servicios siguientes:

Nombre de la persona de remisión _____	Nombre del programa o agencia _____
Dirección de correo _____	
Número de teléfono del proveedor _____	Dirección de correo electrónico _____

Nombre adicional de proveedor de servicios _____	Nombre del programa o agencia _____
Dirección de correo _____	
Número de teléfono del proveedor _____	Dirección de correo electrónico _____

La información para ser revelada y discutido con el comité SPOA puede incluir: a) esta aplicación, b) las evaluaciones de salud mental, como evaluaciones psiquiátricas, reportes psico-sociales, resúmenes de salida, y evaluaciones psicológicas, c) archivos educativos, como evaluaciones de CSE y IEPs, d) historia de o participación corriente con el Departamento de Servicios Sociales o participación en otra sistemas y e) el plan del Equipo de Familia y Niño (Red) si está disponible.

El propósito de la comunicación de la Comité SPOA con proveedores de servicios es para determinar la elegibilidad de su hijo para servicios SPOA, y determinar qué servicio SPOA es el de mejor ajuste para las necesidades de su niño y familia.

En un esfuerzo de ofrecer el acceso potencial a una mayor variedad de servicios voluntarios, SPOA ahora está asociado con la Unidad de Sistemas de Colaboración (CSU), una colaboración entre DCMH Salud Mental de Niños, Departamento de Servicios Sociales, Departamento de Libertad Condicional, y los proveedores de salud mental del Servicios de la Comunidad Judía de Westchester (WJCS) y la Asociación de Salud Mental de Westchester (MHA). Si desea que su familia sea considerado para tales servicios, asegúrese de inicial abajo. Estos programas son voluntarios, tendrá ningún peso sobre su aplicación SPOA si o no usted da su consentimiento para compartir información con el CSU.

_____ **Como el guardián legal, yo doy permiso a la Unidad de Sistemas de Colaboración del Condado de Westchester para revisar esta aplicación SPOA y a los documentos correspondientes de las partes mencionadas anteriormente.**

Entiendo que:

- Esta información no será revelada a ningún otro partido, excepto cuando lo exija la ley.
- Esta autorización es para un período de 90 días desde la fecha de la firma del padre o guardián.
- Tengo el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento por cualquier razón poniéndose en contacto con Betsy Litt, Departamento de Salud Mental Comunitaria del Condado de Westchester al (914) 995 7458.

Firma del padre o guardián	Escriba el nombre	Fecha
----------------------------	-------------------	-------

Firma del niño o adolescente	Escriba el nombre	Fecha
------------------------------	-------------------	-------

Firma del testigo	Escriba el nombre	Fecha
-------------------	-------------------	-------