

# REFERENCIA PARA SERVICIOS DE APOYO FAMILIAR

Envíe formularios completados de forma segura a [referrals@famtieswest.org](mailto:referrals@famtieswest.org) o fax al (914) 995-8421



INFORMACIÓN DE LA FUENTE DE REFERENCIA		
Fecha de referencia:	Nombre:	
Organización:	Teléfono #:	Correo electrónico:

MOTIVO DE LA REMISIÓN

Tipo de referencia ( marque todas las que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Apoyo y representación individual/grupal	<input type="checkbox"/> Entrenamiento de habilidades de los padres	<input type="checkbox"/> Reuniones de redes familiares

⇒ Para hacer una referencia para CFTSS o HCBS, envíe un correo electrónico a [referrals@famtieswest.org](mailto:referrals@famtieswest.org) o llame al (914) 995-5238. ⇐

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR #1		
Nombre:	Nombre preferido:	
Dirección:		
Teléfono #:	Correo electrónico:	
Método y hora de contacto preferido:		
Hora preferida para trabajar con un aliado de padres de familia:		
Fec. nac:	Identidad de género:	Pronombres preferidos:
Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid/Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno		Proveedor:
Raza:	Origen étnico:	Idioma preferido:
Relación con jóvenes/adultos jóvenes:	¿El cuidador tiene custodia legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido Si no, quién tiene custodia legal?	

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR #2 (si corresponde)		
Nombre:	Nombre preferido:	
Dirección:		
Teléfono #:	Correo electrónico:	
Método preferido & Tiempo de contacto:		
Tiempo preferido para trabajar con un aliado de padres de la familia:		
Fec. nac:	Identidad de género:	Pronombres preferidos:
Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid/Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno		Proveedor:
Raza:	Origen étnico:	Idioma preferido:
Relación con jóvenes/adultos jóvenes:	¿El cuidador tiene custodia legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido Si no, quién tiene custodia legal?	

# REFERENCIA PARA SERVICIOS DE APOYO FAMILIAR

Envíe formularios completados de forma segura a [referrals@famtieswest.org](mailto:referrals@famtieswest.org) o fax al (914) 995-8421



INFORMACIÓN DE JÓVENES/ADULTOS JÓVENES			
Nombre:		Nombre preferido:	
¿El joven/adulto joven reside actualmente con el(los) cuidador(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido Si no, ¿cuál es su dirección actual:			
Fec. nac:	Identidad de género:	Pronombres preferidos:	
Escuela/Distrito:	Grado:	¿El joven/adulto joven tiene un IEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido ¿Tiene el joven/adulto joven un plan 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
¿El joven/adulto joven tiene un diagnóstico de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido En caso afirmativo, especifique:			
¿Tiene el joven/adulto joven un historial de hospitalización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido En caso afirmativo, por favor describa:			
¿Los jóvenes han sido colocados fuera de la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido En caso afirmativo, cuándo y dónde?			
Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid/Medicare <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/> ninguno		Proveedor:	
Raza:	Origen étnico:	Idioma preferido:	
¿Está la familia recibiendo cualquiera de los siguientes Servicios de Asistencia Familiar?			
<input type="checkbox"/> Ileno FA/SN	<input type="checkbox"/> HEAP	<input type="checkbox"/> SNAP	<input type="checkbox"/> Desconocido
Información adicional			Comentarios
Cualquier historia de colocaciones fuera del hogar para otros niños en la familia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
¿Algún historial de servicios preventivos para la familia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
¿Hay alguna orden de protección actual?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
¿Algún historial de trauma grave del que debamos estar al tanto?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
¿LA FAMILIA ESTÁ TRABAJANDO ACTUALMENTE CON OTROS PROVEEDORES? (por favor enumere el servicio, el proveedor y su información de contacto)			

Creemos que todos merecen la oportunidad de alcanzar todo su potencial y contribuir a su comunidad. Family Ties promueve el bienestar de las familias que crían niños con desafíos sociales y emocionales a través de la experiencia vivida.. Nos asociamos con familias y comunidades en todo el condado de Westchester para asegurarnos de que todos tengan la bases que necesitan para construir una vida saludable y significativa. Con acceso a los recursos y apoyo adecuados, cada familia es capaz de prosperar. Todos nuestros servicios son gratuitos, confidenciales y voluntarios.

**Las referencias solo serán aceptadas con el consentimiento de la familia.**

# REFERENCIA PARA SERVICIOS DE APOYO FAMILIAR

Envíe formularios completados de forma segura a [referrals@famtieswest.org](mailto:referrals@famtieswest.org) o fax al (914) 995-8421



## CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN Y LOS SERVICIOS

Por la presente autorizo la divulgación de la información anterior relativa a mi hijo y mi familia. Entiendo que la información que se va a divulgar es confidencial y está protegida de la divulgación. Entiendo que tengo derecho a cancelar mi permiso para divulgar información en cualquier momento antes de que se publique. También entiendo que mi consentimiento para divulgar información expirará seis meses a partir de la fecha firmada. La información se divulga a FAMILY TIES con el fin de que FAMILY TIES proporcione contacto y servicios a la familia.

## CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Por la presente autorizo el intercambio de información entre Family Ties of Westchester, Inc. y \_\_\_\_\_ Entiendo que la información que se va a compartir es confidencial y está protegida de la divulgación. Entiendo que tengo derecho a cancelar mi permiso para divulgar información en cualquier momento antes de que se publique. También entiendo que mi consentimiento para divulgar información expirará cuando se actúe sobre

\_\_\_\_\_  
Firma de el cuidador o adulto joven

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del referente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## DERECHOS DE LOS DESTINATARIOS

1. Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento completando la "Revocación de autorización" a continuación. No se recuperará ninguna información publicada antes de la fecha de revocación.
2. Su tratamiento no depende de que firme esta autorización, excepto si nos está viendo únicamente con el propósito de crear PHI para la persona u organización que aparece en la parte frontal de este formulario (ex DSS).
3. Si esta autorización es para que enviemos información, no podemos garantizar que la información no será revelada de nuevo. Es posible que esta revelación no esté protegida bajo la Regla de Privacidad hipaa.
4. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

## REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

- Por la presente cancelo mi permiso para que Family Ties of Westchester, Inc. comparta información de los registros de \_\_\_\_\_ a la persona u organización cuyo nombre y dirección está en este formulario como referente.

\_\_\_\_\_  
Firma del cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha