

Tabla de Contenido

SECCIÓN 1

1. Derechos del Cliente
2. Acuerdo de Admisión/Consentimiento para Servicios
3. Preguntas de Detección de Tuberculosis
4. Ley Federal de Elección Caritativa
5. Remisión para Pruebas de VIH/PPD, Remisión para Exámenes Físicos
6. Declaración de Divulgación
7. Directivas Avanzadas
8. Pantalla de Intervención Familiar
9. Acuerdo de Servicios Seguros y Libres de Drogas
10. Consentimiento para Obtener/Divulgar Información/Consentimiento de NJSAMS para Divulgar Información
11. Aviso de Prácticas de Privacidad
12. Página de Firma del Aviso de Prácticas de Privacidad
13. Política de Quejas
14. Recursos de Defensa del Cliente
15. Consentimiento para la Evaluación del Abuso de Sustancias
16. Regla del Programa
17. Políticas de la Oficina y Aviso de Privacidad
18. Contrato de Telesalud y Consentimiento Informado
19. Formulario de Facturación del Seguro
20. Consentimiento de Certificación de Essex Chapter 51
21. Consentimiento de Certificación de Hudson Chapter 51
22. Carta de Certificación Financiera
23. Responsabilidad Financiera del Cliente
24. Escala Móvil

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Derechos del Cliente

Según el *administrador de Nueva Jersey. Código § 10:161B-16.2* - Cada cliente que reciba servicios deberá tener:

1. El derecho a ser informado de estos derechos, como lo demuestra el reconocimiento escrito del cliente o la documentación del personal en el expediente clínico de que al cliente se le ofreció una copia escrita de estos derechos y se le dio una explicación escrita o verbal de estos derechos en términos el cliente podría entender;
2. El derecho a ser notificado de cualquier regla y política que el programa haya establecido que rige la conducta del cliente en las instalaciones;
3. El derecho a ser informado de los servicios disponibles en el programa, los nombres y el estatus profesional del personal que brinda y/o es responsable de la atención del cliente, y los honorarios y cargos relacionados, incluido el pago, la tarifa, el depósito y la política de reembolso del programa y cualquier cargo por servicios no cubiertos por fuentes de pago de terceros o la tarifa básica del programa;
4. El derecho a ser informado si el programa ha autorizado a otras instituciones educativas y de atención médica a participar en su tratamiento, la identidad y función de estas instituciones, y a negarse a permitir su participación en su tratamiento;
5. El derecho a recibir de sus médicos o practicantes clínicos una explicación de su condición o diagnóstico médico/de salud completo, el tratamiento recomendado, las opciones de tratamiento, incluida la opción de no recibir tratamiento, los riesgos del tratamiento. y resultado(s) esperado(s), en términos que él o ella entienda;
 - i. Si, en opinión del director médico o director de consejería sobre abuso de sustancias, esta información sería perjudicial para la salud del cliente, o si el cliente no es capaz de comprender la información, la explicación se proporcionará a un miembro de la familia, tutor legal. u otra persona importante, según esté disponible;
 - ii. La divulgación de información a un miembro de la familia, tutor legal u otra persona importante, junto con el motivo por no informar al cliente directamente, deberá documentarse en el expediente clínico del cliente; y
 - iii. Todos los consentimientos para divulgar información deberán estar firmados por el cliente o su padre, tutor o representante legalmente autorizado;
6. **El derecho a participar en la planificación de su atención y tratamiento, y a rechazar medicamentos y tratamientos;**
 - i. El rechazo de un cliente a recibir medicación o tratamiento deberá documentarse en el expediente clínico del cliente;
7. El derecho a participar en una investigación experimental solo cuando el cliente da su consentimiento informado y por escrito para dicha participación, o cuando un tutor o representante legalmente autorizado da dicho consentimiento a un cliente incompetente de conformidad con la ley, las normas y los reglamentos;
8. El derecho a expresar quejas o recomendar cambios en políticas y servicios al personal del programa, la autoridad gobernante y/o representantes externos de su elección, ya sea individualmente o como grupo, libre de restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalias;
9. **El derecho a estar libre de abuso físico y mental, explotación y uso de restricciones;**
 - i. Los medicamentos ordenados por un cliente no se retendrán por incumplimiento de las reglas o procedimientos del centro, a menos que se tome la decisión de despedir al cliente de acuerdo con este capítulo; los medicamentos sólo podrán retenerse cuando el personal médico del centro determine que dicha acción está médicamente indicada;
10. El derecho al tratamiento confidencial de la información sobre el cliente;
 - i. La información del expediente clínico del cliente no se divulgará a nadie fuera del programa sin la aprobación por escrito del cliente para divulgar la información de acuerdo con los estatutos y reglas federales para la confidencialidad de los registros de clientes de abuso de alcohol y drogas en 42 U.S.C. 290dd-2 y 290ee-2, y 42 CFR Parte 2



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



- ??2.1 et seq., y las disposiciones de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) en 45 CFR Partes 160 y 164, a menos que la divulgación de la información sea requerido y permitido por la ley, un contrato de pago de terceros, una revisión por pares, o la información es necesaria por el DHS para fines autorizados por ley; y
- ii. El programa puede divulgar datos sobre el cliente para estudios que contengan estadísticas agregadas sólo cuando la identidad del cliente esté protegida y enmascarada;
- 11. El derecho a ser tratado con cortesía, consideración, respeto y con reconocimiento de su dignidad, individualidad y derecho a la privacidad, incluida, entre otras, la privacidad auditiva y visual;
 - i. La privacidad del cliente también se respetará cuando el personal del programa hable sobre el cliente con otros.
- 12. **El derecho a ejercer las libertades civiles y religiosas, incluido el derecho a tomar decisiones personales independientes;**
 - i. No se impondrán a ningún cliente creencias o prácticas religiosas, ni asistencia a servicios religiosos;
- 13. El derecho a no ser discriminado por edad, raza, religión, sexo, nacionalidad, orientación sexual, discapacidad (incluidos, entre otros, ciego, sordo, con problemas de audición) o capacidad de pago; o ser privado de cualquier derecho constitucional, civil y/o legal.
 - i. **Los programas no discriminarán a los clientes que tomen los medicamentos según lo recetado**
- 14. El derecho a ser transferido o dado de alta solo por razones médicas, para el bienestar del cliente, el de otros clientes o el personal por orden escrita de un médico u otro clínico autorizado, o por no pagar las tarifas requeridas según lo acordado en el momento de la admisión. (excepto lo prohibido por fuentes de pago de terceros);
 - i. **Los traslados y altas, y los motivos de los mismos, deberán quedar documentados en la historia clínica del cliente; y**
 - ii. Si el programa de tratamiento ambulatorio del trastorno por uso de sustancias planifica un traslado o alta sin carácter de emergencia, se deberá notificar al cliente y a su familia con al menos 10 días de antelación de dicho traslado o alta, salvo que se disponga lo contrario en 10:161B-6.4(c);
- 15. Derecho a ser notificado por escrito, y a tener la oportunidad de apelar, un alta involuntaria; y
- 16. El derecho a tener acceso y obtener una copia de su expediente clínico, de acuerdo con las políticas y procedimientos del programa y las leyes y normas federales y estatales aplicables.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Family Service Bureau (FSB) of Newark Acuerdo de Admisión/Consentimiento para Servicios

Política de Cancelación

Es política de Family Service Bureau of Newark que usted debe avisar con al menos 24 horas de antelación de su cita programada su intención de cancelar/reprogramar o estar sujeto a un cargo por cancelación tardía de \$25. La reprogramación de citas quedará a discreción de su terapeuta y director. Tenga en cuenta que se revisarán dos cancelaciones y/o reprogramaciones excesivas para determinar si la terminación de sus servicios es apropiada. Se le proporcionarán referencias a otros servicios al momento de la terminación.

Política de no Presentación

Una cita por no presentarse resultará en un cargo de \$25 por no presentarse. No se programarán citas futuras hasta que se haya pagado la tarifa. Después de 10 días hábiles de falta de pago, se cerrará su caso. Tenga en cuenta que dos no presentaciones resultarán en la terminación del programa. Se le proporcionarán referencias a otros servicios al momento de la terminación.

Política de Medicación

FSB solo brinda servicios de medicación a personas que están inscritas y reciben constantemente servicios de psicoterapia a través de FSB. Debe recibir psicoterapia semanal o quincenal para recibir servicios de medicación.

Limitaciones del Servicio y Duración de la Estadía

Si se determina que usted no califica para los servicios del programa o que el programa no puede tratarlo adecuadamente, se lo derivará a otro programa comunitario, agencia o individuo que pueda atender mejor sus necesidades. Tenga en cuenta que los servicios en FSB se consideran a corto plazo. El tratamiento se completará a los 18 meses de servicio o antes. Al finalizar, se le derivará a otros servicios, si corresponde.

Conflictos de Interés

Si surge un conflicto de intereses, se le derivará a otra fuente de tratamiento adecuada, incluida la derivación a una agencia diferente.

Registros Médicos

Se mantiene un registro electrónico/en papel sobre su atención y tratamiento. Esta documentación incluye, entre otros, lo siguiente: una evaluación de salud conductual, notas de progreso y planes de tratamiento.

Evaluaciones Psiquiátricas

Dentro de sus primeros 30 días en FSB, se le programará una evaluación psiquiátrica. Tenga en cuenta que los clientes por abuso de sustancias solo serán programados si su médico asignado lo considera necesario.

Criterios de Alta

Todos los clientes recibirán una notificación verbal y escrita sobre la intención del centro de darlos de alta. La notificación escrita incluirá el/los motivo(s) específico(s) del alta y establecerá sus derechos y procedimientos para apelar la decisión. Los clientes tendrán derecho a apelar un alta involuntaria. El alta de FSB no se iniciará hasta que se complete el proceso de apelación. El cliente debe solicitar la apelación verbalmente o por escrito. Si la solicitud de apelación se inicia verbalmente, deberá ir seguida de una solicitud por escrito del cliente o de una persona designada por él para actuar en su nombre. Se incluirá una copia de la apelación y la resolución en el expediente clínico del cliente. Los clientes podrán ser dados de alta sin previo aviso si representan un riesgo para la salud o la seguridad de sí mismos, de otros clientes o del personal. En caso de alta sin previo aviso, FSB brindará asistencia para derivar al cliente a un programa de tratamiento adecuado y aprobado.



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Al firmar a continuación, indico que he leído, entiendo y acepto los términos del acuerdo de admisión y el consentimiento de los servicios.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Preguntas de Deteccion de Tuberculosis

¿Ha tenido tos durante más de tres (3) semanas? Si No

¿Ha vivido o pasado tiempo con alguien que tuvo o pudo haber tenido tuberculosis? Si No

¿Ha vivido o visitado África, Asia, México, América Central o del Sur, el Caribe o Europa del Este durante más de un mes? Si No

¿Tiene VIH/SIDA, diabetes, cáncer, enfermedad renal o un trastorno inmunológico? Si No



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Apéndice – Parte 54a – Modelo de Aviso para Personas que Reciben Servicios por Abuso

de Sustancias

Aviso Modelo Para Personas que Reciben Servicios por Abuso de Sustancias

Ningún proveedor de servicios de abuso de sustancias que reciba fondos federales de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de EE. UU., incluida esta organización, puede discriminarlo por motivos de religión, creencia religiosa, negativa a mantener una creencia religiosa o negativa a participar activamente. participar en la práctica religiosa.

Si se opone al carácter religioso o no religioso de esta organización, la ley federal le otorga el derecho a una remisión a otro proveedor de servicios de abuso de sustancias. La derivación y la recepción de servicios alternativos deben ocurrir dentro de un período de tiempo razonable después de que los solicite. El proveedor alternativo debe ser accesible para usted y tener la capacidad de brindar servicios por abuso de sustancias. Los servicios que le brinde el proveedor alternativo deben tener un valor no menor que el valor de los servicios que habría recibido de esta organización.

Su firma indica que fue informado sobre la Ley Federal de Elección de Organizaciones Caritativas.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Me gustaría realizarme una prueba confidencial de VIH/SIDA (Marque una)

Si No

Me ofrecieron una referencia y una lista de sitios de pruebas y asesoramiento rápido sobre el VIH.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Sitios de Pruebas y Asesoramiento Rápido del VIH en el Condado de Essex

Newark Department of Health & Community Wellness
Communicable Diseases Prevention & Treatment Center
110 William Street
Newark, NJ 07102
973-648-2227

Newark Beth Israel Medical Center
Family Treatment Center
166 Lyons Avenue
Newark, NJ 07112
973-926-5197
973-926-8474

North Jersey AIDS Alliance (NJCRI)
393 Central Avenue
Newark, NJ 07102
973-482-3444 ext. 215

University Hospital
150 Bergen Street
Newark, NJ 07101
844-842-0756

St. Michael's Medical Center
306 Martin Luther King Jr. Blvd
Newark, NJ 07102
93-877-5525

Planned Parenthood
240 Mulberry Street
Newark, NJ 07102
93-622-3900

Satellite Sites of Newark Community Health Center
973-565-0355
800-994-6242

East Orange Department of Health
143 New Street
East Orange, NJ 07017
973-266-5454



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Sitios de Pruebas y Asesoramiento Rápido del VIH en el Condado de Hudson

Jersey City Medical Center

355 Grand Street

Jersey City, NJ 07305

201-204-0004

Hudson County Correctional Center

35 Hackensack Avenue

Kearny, NJ 07032

201-395-5600

Para ver sitios de pruebas adicionales, visite <https://nj.gov/health/hivstdtb/servicemap.shtml>

O llame al: 609-984-6328



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Me ofrecieron una referencia y una lista de sitios locales para realizar pruebas de PPD (tuberculosis).

A continuación, encontrará una lista de instalaciones locales que ofrecen pruebas gratuitas y seguimiento si es necesario.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Sitios de Prueba de PPD

Newark Department of Health & Community Wellness

Communicable Diseases Prevention & Treatment Center

110 William Street
Newark, NJ 07102
973-648-2227

East Orange Department of Health & Human Services

143 New Street
East Orange, NJ 07102
973-266-5454

Irvington Health Center

1150 Springfield Avenue
Irvington, NJ 07111
973-399-6292

Orange Health Department

29 N. Day Street
Orange, NJ 07050
973-266-4068

Christ Hospital

176 Palisade Avenue
Jersey City, NJ 07306
201-795-8200

Jersey City Medical Center

355 Grand Street
Jersey City, NJ 07302
201-915-2000



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Referencia para Examen Físico

Esto es para que sirva como reconocimiento de que he recibido una remisión para un examen físico.

En caso de que no tenga un profesional médico preferido donde pueda realizarme un examen físico, reconozco que se me ha informado que puedo obtener un examen físico en los siguientes proveedores comunitarios:

Condado de Essex

University Hospital

150 Bergen Street

Newark, NJ 07101

973-973-4300

Condado de Hudson

Jersey City Medical Center

355 Grand Street

Jersey City, NJ 07305

201-915-2000

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Divulgación Sobre la Prestación de Servicios de Asesoramiento

Nombre del Cliente: _____

De acuerdo con la Oficina del Procurador General de Nueva Jersey, División de Asuntos del Consumidor Junta Estatal de Examinadores de Matrimonio y Familia, Comité de Consejeros sobre Alcohol y Drogas y Comité de Consejeros Profesionales (en lo sucesivo denominado “el organismo con licencia estatal”), Estatutos y Reglamentos, Family Service Bureau of Newark me ha informado lo siguiente:

De acuerdo con el Reglamento N.J.A.C. 3:34 C-6.2(c), N.J.A.C. 13:34-13.1(g) y N.J.A.C. 13:34-3.3 (b), entiendo que puedo recibir servicios de asesoramiento de un médico que no sea un consejero certificado (con licencia) sobre alcohol y drogas (L)CADC, un consejero profesional autorizado o un terapeuta matrimonial y familiar autorizado; sin embargo, esta persona deberá permanecer bajo la supervisión clínica de un supervisor certificado/con licencia adecuada según el Reglamento N.J.A.C. 3:34 C-6.2(c), N.J.A.C. 13:34-13.1(g) y N.J.A.C. 13:34-3.3 (b).

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Una copia original de este formulario se colocará en el expediente del cliente.



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Directiva Avanzada

El 11 de enero de 1992 entró en vigor una ley de Nueva Jersey que exige que todos los centros de atención médica pregunten a los pacientes si tienen una directiva anticipada o un testamento vital. En Family Service Bureau of Newark, hemos hecho de esto parte del proceso de admisión.

Si tiene una directiva anticipada, tráigala a Family Service Bureau en su próxima visita.

Si NO tiene una directiva avanzada, lea la siguiente información. Una Directiva Anticipada es un documento que le permite dar instrucciones escritas a quienes lo cuidan indicando el tipo de atención médica que desea recibir o rechazar en caso de que usted mismo no pueda expresar estas decisiones. Hay tres (3) tipos diferentes de Directiva Avanzada:

1. *Directiva de representación*

Este es un documento en el que un adulto competente nombra a un familiar o amigo de confianza para que tome decisiones de atención médica en su nombre cuando no pueda tomarlas.

2. *Directiva Instructiva*

En este documento, la persona que escribe proporciona instrucciones escritas sobre el tipo de tratamiento médico que desea que se le realice y bajo qué circunstancias.

3. *Directiva Combinada*

En este documento, un adulto competente expresa sus deseos generales con respecto al tipo de atención médica que desea recibir, pero designa a un familiar o amigo de confianza para que los lleve a cabo.

Un folleto que contiene información sobre el testamento vital está disponible en la División de Envejecimiento. Si desea recibir este folleto, por favor haga su solicitud a:

The Division of Aging, 101 South Broad Street, CN807, Trenton, New Jersey 08625

¿Tiene una directiva anticipada? Si No

En caso afirmativo, traiga una copia a Family Service Bureau of Newark en su próxima visita.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Pantalla de Intervención Familiar

Nombre del Cliente: _____ Fecha: _____

Me gustaría que los siguientes familiares/amigos participen en el tratamiento:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

O,

En este momento, no deseo que familiares/amigos participen en mi tratamiento. Sin embargo, entiendo los beneficios potenciales que un mayor apoyo de familiares/amigos podría tener en los resultados exitosos del tratamiento. Puedo considerar la participación familiar en el futuro.

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Número de teléfono de Contacto de Emergencia: _____

Por favor ponga sus iniciales en una de las siguientes declaraciones:

_____ Yo consiento

_____ NO doy mi consentimiento

para otorgar permiso a Family Service Bureau of Newark para enviarme una carta/encuesta de seguimiento del alta.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Acuerdo de Servicio de Seguridad y Medicamento

Family Service Bureau se compromete a brindar servicios en un ambiente seguro y libre de drogas. Para la seguridad de todos, cualquier persona sospechosa de estar intoxicada o bajo la influencia de alguna sustancia no será atendida en ese momento y será necesario programar otra cita.

Family Service Bureau reconoce el tremendo costo que las sustancias causan a la persona que sufre de trastornos adictivos y a sus familias. Estamos plenamente comprometidos a brindar un lugar seguro para quienes deseen abordar cuestiones relacionadas con sustancias: hablar con plena confianza. El uso de sustancias NO impide que nadie reciba servicios en esta Agencia. Todos nuestros servicios cumplen plenamente con HIPPA y las leyes federales de confidencialidad - 42: CFR parte 2.

Política:

A cualquier persona sospechosa de estar "*deteriorada*" o "*bajo la influencia*" de cualquier sustancia que altere la mente o el estado de ánimo se le pedirá que se comunique con un familiar o amigo para que la acompañe fuera de las instalaciones y se asegure de que llegue a casa sana y salva. Si no hay nadie disponible para proporcionar transporte o escolta, se llamará un taxi *a expensas del cliente*.

Una sospecha de "*deterioro*" o "*bajo la influencia*" significa que el médico o cualquier miembro del personal puede ver visiblemente que el cliente tiene dificultades con el movimiento motor grueso o puede oler el uso de sustancias (alcohol u otra sustancia).

A ninguna persona se le permitirá la entrada al "grupo", ni el miembro del personal podrá brindar servicios en este momento. Cualquier persona que presente un impedimento significativo será tratada como una emergencia médica y se llamará a una ambulancia para llevarla a la Sala de Emergencias local.

He leído el Acuerdo de Servicios Seguros y Libres de Drogas y he tenido la oportunidad de hablar con mi consejero. Entiendo y acepto cumplir con esta política.

Nombre del Cliente: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Consentimiento para Divulgar Información

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Autorizo a la (FSB Terapeuta) _____ Terapeuta en archivo _____ a
corresponder con:

Persona/Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

**Para OBTENER la siguiente información y/o PUBLICAR la siguiente información: escriba sus
iniciales donde corresponda**

- | | |
|---|------------------------------|
| _____ Evaluación Psicosocial | _____ Registros |
| _____ Resumen de Admisión/Admisión | Psiquiátricos/Psicológicos |
| _____ Progreso del Tratamiento | _____ Planes de |
| _____ Registro de Libertad Condicional | Tratamiento/Recomendaciones |
| _____ Evaluaciones del Equipo de Estudio Infantil | _____ Resumen de Cierre/Alta |
| _____ Resultados del Examen de Drogas | _____ Expediente Educativo |
| | _____ Registros Médicos |
| | _____ Otro: |

A fin de:

Elijo voluntariamente firmar los propósitos especificados anteriormente. **Este comunicado vencerá en 1 año a partir de la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario.** Además, entiendo que puedo cancelar la autorización para la publicación de información a cualquier momento, a menos que la información ya haya sido enviada. A menos que se especifique lo contrario, cualquier permiso de publicar la información anterior vencerá dentro de las 4 semanas posteriores a la finalización del tratamiento

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Consentimiento de NJSAMS para Divulgar Información

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Yo, _____, autorizo a Family Service Bureau of Newark y Rutgers University Behavioral Health Care (UBHC) en calidad de Entidad de Gestión Interina (IME) y al Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey/División de Servicios de Salud Mental y Adicciones (NJ DHS/DMHAS) para comunicarse y revelar información sobre mi tratamiento por uso de sustancias. El propósito de la divulgación autorizada es permitir que (Agencia Provedora), UBHC en calidad de IME y NJ DHS/DMHAS me brinden un tratamiento mejor y más coordinado y permitan la evaluación y autorización de mi tratamiento. Entiendo que la información disponible para estas entidades se intercambiará verbal y electrónicamente a través del Sistema de Monitoreo de Abuso de Sustancias de Nueva Jersey (NJSAMS), un sistema informático seguro, y mi información se mantendrá en el NJSAMS.

Entiendo que mis registros médicos están protegidos por las leyes federales y estatales, incluidas las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R. Parte 2 y Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que se establezca lo contrario en las regulaciones.

Entiendo que se me pueden negar servicios si me niego a dar mi consentimiento para la divulgación con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No se me negarán servicios si me niego a dar mi consentimiento para la divulgación para otros fines.

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN A DIVULGAR/DIVULGAR:

Toda mi información de salud, incluido mi registro de tratamiento de drogas y/o alcohol y registros sobre otras afecciones, incluidas afecciones médicas y de salud mental, por las cuales podría haber recibido tratamiento.

PLAZO/VENCIMIENTO/REVOCACIÓN:

Este consentimiento firmado caducará dentro de un año a partir de hoy y permanecerá en vigor hasta esa fecha. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él.

Nombre del Cliente: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Aviso de Practica de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y publicar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísela cuidadosamente

Family Service Bureau de Newark proporciona este Aviso de Practicas de Privacidad porque la privacidad de su información de salud es muy importante para usted y para nosotros, y cumple con las regulaciones federales.

Por “su información de salud” nos referimos a la información que mantenemos que lo identifica específicamente a usted y su estado de salud.

Resumen

Este Aviso describe cómo usamos su información médica dentro de Family Service Bureau y la publicamos fuera de Family Service Bureau y por qué.

Este Aviso cubre:

- Usos o divulgaciones que no requieren su autorización por escrito
 - Tratamiento, pago y operaciones de atención médica
 - Usos o divulgaciones de su información médica a los que puede oponerse
 - Usos o divulgaciones requeridos o permitidos
- Usos o divulgaciones que requieren su autorización por escrito
- Sus derechos como paciente con respecto a la privacidad de su información médica
- Nuestros deberes en la protección de su información médica
- Quejas, persona de contacto, fecha de vigencia y reconocimiento

USOS O DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACION POR ESCRITO

Tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Usamos o divulgamos su información médica para llevar a cabo su plan de tratamiento; para obtener el pago de su tratamiento y para realizar operaciones de atención médica. Por ejemplo:

- Para el tratamiento, usamos su información médica para planificar, coordinar y proveer su cuidado. Divulgamos su información médica con fines de tratamiento a médicos y otros profesionales del cuidado de salud médica fuera de nuestra agencia que están involucrados en su atención o cuidado
- Para el pago, usamos su información médica para preparar la documentación requerida por su compañía de seguros o HMO o por Medicare o Medicaid. Divulgamos la parte de su información médica que estas organizaciones requieren para pagarnos
- Para las operaciones de atención médica, usamos o divulgamos su información médica, por ejemplo, para mejorar la calidad de nuestros servicios, planificar mejores formas de tratar a los pacientes y evaluar el desempeño del personal

Usos o divulgaciones de su información médica a los que puede oponerse

Podemos usar o divulgar su información médica para los siguientes propósitos, a menos que usted nos solicite que no lo hagamos.

- Informar a familiares y amigos. Podemos divulgar su información médica a familiares, amigos u otras personas identificadas por usted que estén involucradas en su atención con su consentimiento firmado
- Asistencia en los esfuerzos de socorro en casos de desastre
- Para actividades de recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted o su familia para fines de recaudación de fondos. Si no desea que nos comuniquemos con usted para este propósito, comuníquese e indique que no desea recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte
- Confirmando sus citas
- Informarle sobre tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Si se opone a nuestro uso de su información médica para cualquiera de estos fines, comuníquese con:

Oficial Privado

Family Service Bureau de Newark

973-412-2056

Usos o Divulgaciones Requeridos o Permitidos

Cuando se nos requiera o se nos permita hacerlo, podemos usar o divulgar su información médica en las siguientes circunstancias sin su autorización por escrito.

- Si un(a) consumidor expresa una amenaza contra un individuo o grupo específico, se debe notificar a ese individuo o persona responsable del grupo (por ejemplo, El director (a) de la escuela si la amenaza se hizo contra una escuela). Se puede notificar a la policía si no se puede notificar a la víctima prevista. [los practicantes tienen el deber de advertir]
- Si un(a) consumidor revela que pudo haber ocurrido abuso infantil, se debe notificar a la División de Protección y Permanencia del Niño [10:37-6.108 (b)]
- Si el consumidor es un menor sospechoso de abuso, el registro puede entregado a DCPNP [10:37-6.79 ©]
- Si un(a) consumidor revela abuso en un alojamiento/pensión/asilo de ancianos, se informará a la Agencia de Bienestar del Condado [10:37-6.108 (b)]
- La información puede ser compartida con otra agencia de salud mental de acuerdo con HIPAA [10:37-6.79(b)1i]
- Si un juez ordena la divulgación de información a un tribunal [10:37-6.79(a)2]
- Si un (a) consumidor es evaluado psiquiátricamente por un centro de detección psiquiátrica, se puede divulgar información al personal de detección para facilitar la evaluación [10.37-6.79(a)3]
- Para cumplir con cualquier ley Federal o Estatal que requiera la divulgación de información [10.37-6.79(a)3]
- Cuando la Oficina de Licencias o Medicaid lleva a cabo una revisión, se puede revisar el expediente clínico del consumidor [10.37-6.79(b)2]
- Un revisor de acreditación puede mirar el registro de un Consumidor [10:37-6.79(b)3]
- Si los funcionarios de las Oficinas del Médico Forense del Estado o un Médico Forense del Condado que realizan investigaciones y realizan autopsias solicitan la información [10:37-6.79(b)4]
- Se puede proporcionar información no específica a un familiar o amigo si el consumidor no se opone [N.J.A.C.10:37-6.79(e)]
- Al médico personal de un consumidor para beneficiar al consumidor [N.J.A.C. 10:37-6.79 (f)]
- La información del medicamento se puede divulgar a la farmacia del consumidor menor de 18 años, lo que requiere autorización será determinada por el padre o tutor del consumidor [N.J.A.C. 10:37-6.79(a)1ii (2)]

Usos o Divulgaciones que requieren su Autorización por escrito

Se requiere su autorización por escrito, la cual puede revocar (por escrito), es requerida si usamos o divulgamos su información médica para cualquier propósito que no sea el indicado anteriormente. En particular, se requiere su autorización si:

- Usamos o divulgamos sus notas de psicoterapia para fines distintos del tratamiento o las operaciones de atención médica especificadas en las regulaciones federales
- Usamos o divulgamos su información médica para mercadeo o bienes o servicios

Sus Derechos como Paciente con respecto a la Privacidad de su Información Médica

- **Derecho de Solicitar Restricciones**
- Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre nuestros usos y divulgaciones de su información médica, sin embargo, podemos negarnos a aceptar la restricción.
- **Derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de su información médica**
Usted Tiene derecho a solicitar un recuento de nuestras divulgaciones de su información médica para fines de distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Haremos todo lo posible por cumplir con su solicitud. No estamos obligados a proporcionar una información para las divulgaciones antes del 13 de abril, 2003 o durante más de seis años antes de la fecha de su solicitud.
- **Derecho a Obtener una copia impresa de este aviso**



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Si ha recibido este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa. Para ejercer cualquier de estos derechos, escriba o llame por teléfono a nuestras oficinas en **274 South Orange Avenue Newark, NJ 07103, (973)412-2056 o 379 Kearny, Avenue, Kearny, NJ 07032, (201-246-8077**

Nuestros Deberes para Proteger su Información Médica

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica
- Debemos informar a nuestros pacientes o sus representantes legales de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica. Este aviso cumple con ese deber
- Debemos cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor
- Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer que las nuevas disposiciones del aviso sean efectivas para toda la información médica que mantenemos. En cualquier momento, puede obtener una copia del aviso actual de nuestro oficial de privacidad, o de la persona designada por dicho oficial.

Denuncia/Queja, Persona de Contacto, Fecha de Vigencia y Reconocimiento

- Puede presentar una queja ante nosotros y ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos
- No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja
- Puede presentar su queja ante nuestra agencia escribiendo a nuestro oficial de privacidad en **274 South Orange Avenue, Newark, NJ 07103 o llamarnos al (973) 412-2056**
- Puede presentar un aqueja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos escribiendo a:
Secretary of Health and Human Services
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue S.W.
Washington, D.C. 20201
(source www.hhs.gov)
- Para obtener más información, puede escribir o llamar a nuestro oficial de privacidad al **274 South Orange Avenue, Newark, NJ 07103 o llamarnos al (973) 412-2056**
- Este aviso entra en vigor el 14 de abril de 2003



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Aviso de Prácticas de Privacidad

Acuse de Recibo

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Se me ha entregado una copia del aviso de Prácticas de Privacidad de Family Service Bureau of Newark.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Si hay representación personal:

Nombre: _____

Relación con el Cliente: _____

Motivo por el que no se obtuvo la firma:

- Cliente demasiado enfermo en este momento
- El Cliente no firmaría
- Otro:

Nombre del empleado de Family Service Bureau que intentó sin éxito obtener firmas:

Nombre del Empleado: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Póliza de Quejas

Si no está satisfecho con los servicios que ha recibido en Family Service Bureau de Newark, tiene derecho a una audiencia imparcial con un miembro del personal para que su queja pueda resolverse a su satisfacción. Si ha hablado con el miembro del personal y cree que no puede resolver el problema, puede hablar con el supervisor. Si su problema aún no se resuelve, puede iniciar procedimientos de queja más formales. Al ser admitido en Family Service Bureau, los clientes reciben servicios de defensa en todo el estado disponibles para ellos [N.J.A.C. 10:37-4.6 (b) 1]; sin embargo, si esto es interno, el proceso de quejas en Family Service Bureau es el siguiente:

1. Notificar al miembro del personal que desea presentar una queja o reclamo
2. El personal notificará inmediatamente al Supervisor Clínico.
3. El Director del Programa notificará al Defensor del Pueblo de la Agencia.
4. El Defensor del Pueblo de la Agencia recibirá la queja y actuará como su defensor. Esta persona intentará negociar una resolución de los problemas dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de la queja.
5. Si cree que su queja aún no se ha resuelto, su queja se enviará al director ejecutivo de Family Service Bureau de Newark para su revisión y resolución. El Director Ejecutivo tomara la resolución final para la agencia dentro de los siete (7) días laborables posteriores a la recepción de la queja.
6. Si continúa insatisfecho, puede solicitar una revisión a la Junta de Salud Mental del Condado. El Director Ejecutivo notificará a la Administración de la Junta de Salud Mental dentro de los cinco (5) días laborables.
7. La Junta de Salud Mental del Condado revisará su queja e información al Director Ejecutivo de sus recomendaciones dentro de los siete (7) días laborables.
8. Si continúa insatisfecho, puede solicitar una revisión por parte de la División de Servicios de Salud Mental y Adicciones de New Jersey.
9. Estas acciones no resultaran en represalias o barreras a los servicios de ninguna manera.

En cualquier momento durante este proceso, puede comunicarse con una agencia externa.

He leído y entiendo los procedimientos de quejas. He recibido un alista de procedimientos de quejas para el Condado de Essex.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Recursos de Defensa del Cliente

Recursos	Número Telefónico
Community Mental Health Law Project Bloomfield@chlp.org	973-680-5599 o 973-275-1175 650 Bloomfield Avenue, Suite 210 Bloomfield, New Jersey 07003
Community Mental Health Administrator(s) <u>Essex:</u>	973-571-2821 o Fax 973-571-2820 Joseph Scarpelli, Administrator Essex County Department of Health 204 Grove Avenue, Cedar Grove, NJ 07009 Jscarpelli@health.essexcountynj.org
<u>Hudson County:</u>	Robin F. James, MA Department of Health & Human Services 830 Bergen Ave, 2B Jersey City, NJ 07306 Teléfono: (201) 369-5280, ext. 4250 E-mail: rjames@hcnj.us
Adult Protective Services <u>Essex County :</u> Focus. Hispanic Center for Human Development Inc. Local 441-443 Broad Street Newark, New Jersey 071021	866-903-6287 Fuera de Horas: 911 o a la Policia
Hudson County Adult Protective Services 6100 Adams Street West New York, NJ 07903	201-537-5631 Fuera de Horas: 911 o a la Policia Local
Disability Rights New Jersey 210 South Broad St. 3 rd . Flr Trenton, NJ 08608 www.drnj.org	800-922-7233
Division of Mental Health and Addiction Services Special Assistant for Consumer Affairs Margaret Molnar 5 Commerce Way Hamilton, NJ	609-438-4338
Division of Mental Health Advocacy State of New Jersey Richard J. Hughes Justice Complex 25 Market Street Trenton, NJ 08626	877-285-2844



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Division of Child Protection and Permanency **973-648-4200**
(Formerly Division of Youth and Family Services) **1-800-392-9532**
(Essex County Office – DCP&P) **201-795-0423 (Hudson)**
153 Halsey Street, Newark, NJ 07101

(Hudson County Office – DCP&P)
Jersey City, NJ 07306
438 Summit Avenue, 4th Floor
Jersey City, NJ 07306

Essex County Welfare Agency **973-733-3000**
Essex County Dept. of Citizen Services Division of Welfare
18 Rector Street, 9th fl.,
Newark, NJ 07102

Hudson County Welfare Agency **201-420-3000**
Hudson County Department of Family Services
257 Cornelison Ave.
Jersey City, NJ 07302

Divison of Mental Health and Addition Services **973-977-4397 o 1-800-382-6717**
Northern Regional Office
100 Hamilton Plaza, Box 4
Paterson, NJ 07505

Protection & Advocacy of New Jersey **800-922-7233 (statewide)**
(Formerly Public Advocate’s Office) **609-292-9742**
advocate@njpanda.org **NJ Protection and Advocacy, Inc.**
210 So. Broad Street, 3rd fl.,
Trenton, NJ 08608

Legal Services Of New Jersey **973-624-4500**
5 Commerce St.

NAMI-New Jersey **732-940-0991**
1562 Route 130 Email-info@nami.org
North Brunswick, NJ 08902
www.naminj.org

New Jersey Self-Help Group Clearinghouse **800-367-6274**
673 Morris Ave. Suite 100

Springfield, New Jersey, 07081

Child Abuse/Neglect Hotline **1-877-652-2873**



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Consentimiento para la Evaluación del Abuso de Sustancias

Yo, _____, doy mi consentimiento para que me realicen pruebas aleatorias de detección de drogas y alcohol mientras participo en el tratamiento en Gateway to Freedom. He sido informado de lo siguiente:

1. Todos los resultados positivos serán reportados a libertad condicional y/o libertad condicional u otro tratamiento de monitoreo de fuentes colaterales.
2. Cualquier prueba de detección de drogas en orina diluida/adulterada se considerará positiva y se informará a un centro de libertad condicional y/o libertad condicional u otro tratamiento de seguimiento de fuentes colaterales.
3. No presentar una evaluación se considerará positiva y se reportará a libertad condicional y/o libertad condicional u otro tratamiento de monitoreo de fuentes colaterales.
4. Si se me solicita que venga para una prueba de detección en los días en los que no tengo programado un tratamiento o en los días en los que estoy ausente del tratamiento, no proporcionar una muestra conforme a esta solicitud también se considerará positiva y se informará a las agencias de seguimiento (es decir, tribunal de drogas, libertad condicional, DCP, SAI, etc.)

Nombre del Cliente: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Oficina de Seguimiento/Trabajador Social: _____

Número de Teléfono: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Programa Gateway to Freedom y Reglas del Grupo

Tenga en cuenta que las siguientes reglas se han implementado para garantizar coherencia e igualdad para todos los participantes dentro del Programa Gateway to Freedom.

1. Hay un período de gracia de 15 minutos. **Cualquier persona que llegue después de 15 minutos se considerará tarde y se marcará como ausente.**
2. Se espera que todos los participantes sigan su horario. Si estará ausente o llegará tarde, **USTED** debe informar a su oficial, si corresponde, así como informar al Programa antes del inicio del grupo.
3. Al regresar de una ausencia, **USTED DEBE** proporcionar una muestra de orina antes de reiniciar el tratamiento.
4. Organice todas las citas externas en sus días libres programados.
5. **No se permiten drogas ni alcohol en las instalaciones. (Terminación inmediata e informe a su fuente de referencia)**
6. Todos los dispositivos celulares deben estar apagados y guardados en el bolsillo durante las horas de tratamiento. **(Consulte a su consejero sobre emergencias)**
7. **Se recolectarán orinas al azar a pedido del personal.** Si el cliente no puede proporcionar una muestra antes de la salida, su expediente reflejará una negativa y se documentará como resultado **POSITIVO. Es posible que se solicite a los clientes que proporcionen una muestra diaria.**

Reglas del grupo

1. No hay conversaciones cruzadas.
2. No salir del grupo sin permiso.
3. Respetarnos unos a otros y al personal.
4. Haga un esfuerzo concertado para participar en la discusión del grupo.
5. La información del grupo es confidencial. Lo que se dice en grupo queda en grupo!!!
6. No dormir en grupo.

Consecuencias

- Primer incidente – Advertencia verbal
- Segundo incidente – Se le pedirá que se retire y nos comunicaremos con su fuente de referencia.
- Tercer incidente – Alta del programa Gateway to Freedom y nos comunicaremos con su fuente de referencia



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Programa Gateway to Freedom y Reglas del Grupo

Acuse de Recibo

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Se me ha entregado una copia de las reglas del Programa Gateway to Freedom de Family Service Bureau of Newark.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Políticas de Oficina y Aviso Privado

Duración y Naturaleza de las Citas

Durante su primera visita, se le preguntará acerca de sus razones para buscar tratamiento de salud mental/psiquiátrico o por abuso de sustancias y sus metas para el futuro. Después de la visita inicial, sus citas duraran entre 30 y 45 minutos dependiendo de la naturaleza de su tratamiento. Al final de la cita de consulta inicial, su médico le proporcionará un diagnóstico clínico y recomendaciones de tratamiento. Las citas posteriores se programan con una frecuencia determinada que sea apropiada para los problemas clínicos en cuestión. Un compromiso con las citas de seguimiento regulares es esencial para monitorear la respuesta clínica al tratamiento y optimizar los resultados.

Citas Tardías o Perdidas

Cada cita está programada para comenzar y terminar a tiempo. Por favor comuníquese con su médico con al menos 24 horas de anticipación laboral para cancelar una cita o la totalidad. Tenga en cuenta que las citas perdidas interrumpen su progreso en el tratamiento.

Llamadas Telefónicas

Los problemas clínicos no urgentes deben discutirse en las citas. Las llamadas telefónicas a su médico solo deben hacerse para asuntos urgentes que no puedan esperar hasta la próxima cita. No envíe correos electrónicos ni mensajes de texto sobre asuntos clínicos.

Medicamentos y Recargas

Informe a todos sus médicos sobre todos sus medicamentos y cualquier problema médico nuevo. Las recetas no se solicitan en lugar de una cita. Las renovaciones de recetas se dan en citas regulares. Las solicitudes de reabastecimiento de recetas por teléfono se otorgarán solo para los pacientes que reciben atención regular.

Aviso Privado

Al aceptar los servicios de Family Service Bureau de Newark, usted acepta el AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA.

Aviso de HIPAA sobre Prácticas de Privacidad – Fecha de Vigencia: Marzo 23, 2020

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud/médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Family Service Bureau de Newark.

Este aviso describe las Prácticas de Privacidad de nuestra oficina.

Estamos obligados por ley:

- Mantener la privacidad de la información médica protegida (PHI)



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud
- Seguir los términos del aviso actualmente en vigor

Cómo Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica

A continuación, se describen las formas en que podemos usar y divulgar su información médica. Excepto para los siguientes propósitos, usaremos y divulgaremos su información de salud solo con un consentimiento por escrito. Puede revocar dicho permiso en cualquier momento escribiendo a Family Service Bureau de Newark.

Tratamiento

Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica para su tratamiento y para brindarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal, incluidas personas fuera de nuestra oficina, que estén involucradas en su cuidado médico o de salud y necesitan la información para brindarle atención médica o de salud.

Pago

Family Service Bureau de Newark, puede usar o divulgar su información médica para que otros o nosotros podamos facturar y recibir el pago de usted, una compañía de seguros, o una compañía tercera por el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos darle información médica a su plan de salud para que paguen por su tratamiento.

Operaciones de Salud

Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica para evaluar y mejorar nuestra atención médica y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información a una organización de revisión o a un plan de salud que este evaluando nuestra atención. También podemos compartir información con otras personas que tienen una relación con usted para sus actividades de operación de atención médica.

Recordatorio de Citas, Alternativas de Tratamiento, y Beneficios de Servicios Relacionados con la Salud

Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica para contactarlo y recordarle su cita, para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que podría usar. Individuos involucrados en su atención o el pago de su atención. Cuando sea apropiado, podemos compartir su información de salud con una persona involucrada o que pague por su atención (como su familia o un amigo cercano). Family



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Service Bureau de Newark, puede notificar a su familia sobre su ubicación o condición o divulgar dicha información a una entidad que ayude en casos de desastre.

Investigación

Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica para fines investigativos. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar la comparación de la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento con la de los que recibieron otro por la misma condición. Antes de hacerlo, el proyecto debe pasar por un proceso de aprobación especial. Incluso sin una aprobación especial, podemos permitir que los investigadores revisen los registros para ayudar a identificar a los pacientes que pueden ser incluidos en la investigación, siempre que no eliminen ni copien su información médica. Como lo requiere la ley, Family Service Bureau de Newark divulgará su información médica cuando así lo requiere la ley internacional, federal, estatal o local.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad

Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, a otra persona o al público. Las divulgaciones se harán solo a alguien que pueda prevenir la amenaza.

Socios de Negocios

Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si es necesario. Por ejemplo, podemos utilizar otra empresa para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar la información para ningún otro propósito que no esté estipulado en el contrato ya establecido.

Militares y Veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica según lo requieran las autoridades del comando militar. Si usted es miembro de un ejército extranjero, Family Service Bureau de Newark puede divulgar su información médica a la autoridad del comando militar extranjero.

Compensación al Trabajador

Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica para la compensación del trabajador o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Riesgos para la Salud Pública

Family Service Bureau of Newark, puede divulgar su información médica para actividades de salud pública, para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Family Service Bureau de Newark, puede usar su información médica para informar sobre nacimientos o muertes, sospecha de abuso o negligencia infantil, reacciones a medicamentos o mal funcionamiento o lesiones de productos y notificaciones de retiro de productos. Podemos utilizar su información médica para notificar a alguien que pueda haber estado expuesto a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición. Si nos preocupa que un paciente pueda haber sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos pedirle permiso para hacer una divulgación a una autoridad gubernamental apropiada. Family Service Bureau de Newark, hará esa divulgación solo cuando usted esté de acuerdo o cuando la ley así lo requiera.

Actividades de Vigilancia de la Salud

Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas pueden incluir auditorías, investigación, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Demanda y Disputas

Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información médica en respuesta a un orden judicial o administrativa. Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información requerida.

Cumplimiento de la Ley

Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su solicitud de información médica por parte de un oficial de la ley si (1) existe una orden/mandato judicial, citación o proceso similar; (2) si la solicitud se limita a la información necesaria para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o una persona desaparecida; (3) la información es sobre la víctima de un crimen incluso si, bajo ciertas circunstancias muy limitadas, no podemos obtener su consentimiento, (4) la información es sobre una muerte que puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) la información es relevante para una conducta criminal en nuestras instalaciones, y (6) si es necesaria en una emergencia para reportar un crimen, la ubicación de un



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



crimen o víctimas, o la identidad,, descripción o ubicación de la persona quien pudo a ver cometido el crimen.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerales.

Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica a un médico forense, examinador médico o director de funeraria para identificar a una persona fallecida o la causa de la muerte, u otra circunstancia similar.

Actividades de Seguridad e Inteligencia Nacionales

Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizada por la ley.

Encarcelados o Personas en Custodia

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo custodia, podemos divulgar su información (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la de otros, y (3) para la seguridad y protección de la institución.

Sus Derechos con Respecto a su Información de Salud

Derecho a Inspeccionar y Copiar

Tiene derecho a inspeccionar y copiar sus registros médicos y de facturación mediante una solicitud por escrito al Family Service Bureau de Newark.

Derecho a Enmendar

Tiene derecho a solicitar una enmienda a sus registros mediante una solicitud por escrito al Family Service Bureau de Newark.

Derecho a una Contabilidad y Divulgaciones

Tiene derecho a un informe de ciertas divulgaciones mediante una solicitud por escrito al Family Service Bureau de Newark.

Derecho a Solicitar Restricciones

Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre su información de salud utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Puede solicitar a Family Service Bureau de Newark que limite la divulgación a alguien involucrado en su atención o en el pago de su caso (como un conyugue) mediante una solicitud por escrito a Family Service Bureau de Newark.



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Family Service Bureau de Newark no está obligado a estar de acuerdo con la solicitud, pero intentaremos cumplir con la misma.

Derechos a Solicitar Comunicación Confidencial

Tiene derecho a solicitar que Family Service Bureau de Newark se comunice con usted acerca de sus asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Puede solicitar, por ejemplo, que nos comuniquemos con usted solo por correo o en el trabajo. Su solicitud por escrito debe especificar cómo o dónde desea ser contactado y ser dirigido a Family Service Bureau de Newark, acomodaremos las solicitudes que sean razonables.

Cambios de Este Aviso

Family Service Bureau de Newark puede cambiar este aviso y hacerlo efectivo para la información médica que Family Service Bureau de Newark ya posee sobre usted, así como la información nueva. El aviso actual se publicará y estará disponible en todo momento. Tiene derecho a solicitar una copia impresa del aviso actual en cualquier visita o mediante una solicitud por escrito a Family Service Bureau de Newark.

1. Nombre del Cliente: _____
2. Firma del Cliente: _____
3. Dirección: _____
4. Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Contrato de Telesalud y Consentimiento Informado

Las sesiones de presentación y las visitas se llevarán a cabo mediante videoconferencia a través de una plataforma compatible HIPAA. Telesalud establece una relación terapéutica formal y mantiene evaluaciones, diagnósticos, terapia y/o prescripciones regulares. Family Service Bureau de Newark utilizará el software protegido Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPAA) para garantizar que su información médica esté protegida contra el acceso no autorizado y que se mantenga la confidencialidad. Este documento sirve como formulario de consentimiento para el tratamiento a través de telesalud en general. En las páginas siguientes también se encuentran nuestras prácticas de privacidad específicas.

- 1) Puede optar por buscar tratamiento en una visita en un consultorio más tradicional con un proveedor u otro proveedor. Tenga en cuenta que la equivalencia actual a través de estudios rigurosos ha demostrado que el tratamiento a través de telesalud es equivalente a visitas cara a cara con un consejero/terapeuta/psiquiatra o enfermera de práctica avanzada.
- 2) Buscar tratamiento a través de telesalud es una decisión que usted toma. Si elige revocar su decisión y buscar un tratamiento alternativo, puede retirar su consentimiento en cualquier momento. (Por supuesto, le recomendamos que analice primero esta decisión con su proveedor). Family Service Bureau de Newark también recomienda establecer su próximo proveedor antes de la terminación para eliminar cualquier brecha en el tratamiento.
- 3) Desafortunadamente, las consecuencias impredecibles para la telesalud pueden incluir, entre otras, la interrupción de la transmisión debido a fallas tecnológicas, interrupciones y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o capacidad limitada para responder en casos de emergencias.
- 4) En el caso de que durante una sesión de telesalud haya dificultades técnicas que resulten en interrupciones del servicio, el proveedor y el paciente se volverán a conectar por teléfono para reprogramar otra cita.
- 5) Ninguna de las partes grabará ninguna sesión en línea. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no se pueden divulgar a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y/o requerida por la ley.
- 6) Se entiende que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de la información médica protegida (PHI) también se aplican a la Telesalud, a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad. Tales como, reporte obligatorio de abuso de



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



niños, ancianos o adultos vulnerables, peligro para sí mismo o para otros; o si se plantean problemas mentales/emocionales o de recaída en los procedimientos legales.

- 7) Si el paciente tiene pensamientos suicidas u homicidas, experimenta activamente síntomas psicóticos o experimenta una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, se puede determinar que los servicios de telesalud no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención.

8) Información requerida en cada visita:

Nombre, ubicación y número de teléfono del paciente en el momento de la sesión. Esto es para asegurarnos de que nuestros proveedores conozcan los medios alternativos de tratamiento en caso de que ocurra una emergencia.

En caso de peligro inminente, el proveedor está legal y éticamente obligado a reportar información a las autoridades, miembros de la familia u otras personas, para minimizar el daño potencial. Para este propósito, el cliente da su consentimiento para que un representante de Family Service Bureau de Newark se comunique con la siguiente persona en caso de una emergencia:

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Relación: _____

9) Política de Cancelación y Retraso:

Cada cita está programada para comenzar y terminar a tiempo. Comuníquese con su médico con al menos 24 horas de anticipación laboral para cancelar una cita. Tenga en cuenta que las citas perdidas interrumpen su progreso en el tratamiento.

- 10) Consentimiento: El paciente comprende que está dando su consentimiento para una evaluación de salud conductual y/o tratamiento por abuso de sustancias a través de telesalud. El paciente comprende que no se pueden garantizar resultados, a pesar de nuestros mejores esfuerzos para brindar atención. El paciente comprende que puede hacer preguntas sobre telesalud o cualquier aspecto de la evaluación y tratamiento en cualquier comentario.



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Certifico que he leído y comprendido la totalidad de este documento, contrato titulado “Telesalud y Consentimiento Informado”.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con este documento presentado por Family Service Bureau de Newark y autorizo a Family Service Bureau a usar la tele psiquiatría para mi evaluación y tratamiento.

1. Nombre del Cliente: _____

2. Firma del Cliente: _____

3. Dirección: _____

4. Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Formulario de Facturación del Seguro

Yo, _____, doy permiso al Family Service Bureau de Newark
Nombre del Cliente (Imprimir)

para facturar:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Self-Pay | <input type="checkbox"/> Chapter 51 – Essex |
| <input type="checkbox"/> Chapter 51 – Hudson | <input type="checkbox"/> DCPD |
| <input type="checkbox"/> Drug Court (DCI) | <input type="checkbox"/> FCIU |
| <input type="checkbox"/> Harmony House | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> NJMHAPP |
| <input type="checkbox"/> Parole (SPB) | <input type="checkbox"/> SAI/BHI |
| <input type="checkbox"/> VCCO | <input type="checkbox"/> Other funding |

Con mi firma a continuación, autorizo la cesión de beneficios financieros directamente a Family Service Bureau de Newark. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta cesión.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente

Nombre del Padre/Tutor Legal

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Declaración y Divulgación de Consentimiento para el Condado de Essex – Chapter 51 Grant

Yo, _____, por la presente doy fe de que soy residente legal del condado de Essex, Nueva Jersey y proporcionaré documentos que verifiquen esta declaración a pedido.
(Nombre del Cliente)

_____ Por la presente doy fe de que actualmente no tengo medios viables para pagar el costo total de mis servicios de tratamiento en Family Service Bureau of Newark, incluidos (pero no limitados a) Medicaid o planes de seguro comerciales, lo que prohibiría mi atención según el Chapter 51.

_____ Entiendo que este consentimiento es válido por un período de hasta (1) año después del cierre de mi expediente con Family Service Bureau of Newark, y que tengo derecho a revocar mi consentimiento antes de esa fecha. Entiendo que si deseo revocar mi consentimiento, debo notificar a Family Service Bureau of Newark esa intención por escrito. Entiendo que cualquier información divulgada mientras este consentimiento esté vigente se realiza de manera legal y no puede impugnarse como una violación de las leyes de privacidad pertinentes.

_____ Entiendo que mi firma e iniciales en esta autorización de consentimiento indican que estoy renunciando voluntariamente a mi derecho a la privacidad en este contacto y por la presente doy permiso a Family Service Bureau of Newark para revelar toda la información relevante a la Subvención del Capítulo 51 del Condado de Essex o a las autoridades estatales. para facilitar mi tratamiento continuo hasta el momento en que otras opciones de pago sean viables para cubrir el costo total de mis servicios.

Yo, _____, por la presente autorizo a Family Service Bureau of Newark a comunicarse con todas las agencias y oficinas estatales y del condado apropiadas según sea necesario de acuerdo con los términos y disposiciones de la subvención del Capítulo 51 del condado de Essex. Se me ha informado sobre mis opciones de pago para los servicios de tratamiento en Family Service Bureau of Newark, incluida la opción de autopago de escala móvil, y entiendo que para que mi atención se brinde dentro de mis posibilidades de pago, Family Service Bureau of Newark Debo proporcionar información demográfica y de otro tipo relacionada con mi tratamiento a la Oficina de Servicios de Adicción del Capítulo 51 del Condado de Essex y otras autoridades a su solicitud.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165
www.newcommunity.org



Declaración y Divulgación de Consentimiento para el Condado de Hudson – Chapter 51 Grant

Yo, _____, por la presente doy fe de que soy residente legal del condado de Hudson, Nueva Jersey y proporcionaré documentos que verifiquen esta declaración a pedido.
(Nombre del Cliente)

_____ Por la presente doy fe de que actualmente no tengo medios viables para pagar el costo total de mis servicios de tratamiento en Family Service Bureau of Newark, incluidos (pero no limitados a) Medicaid o planes de seguro comerciales, lo que prohibiría mi atención según el Chapter 51.

_____ Entiendo que este consentimiento es válido por un período de hasta (1) año después del cierre de mi expediente con Family Service Bureau of Newark, y que tengo derecho a revocar mi consentimiento antes de esa fecha. Entiendo que, si deseo revocar mi consentimiento, debo notificar a Family Service Bureau of Newark esa intención por escrito. Entiendo que cualquier información divulgada mientras este consentimiento esté vigente se realiza de manera legal y no puede impugnarse como una violación de las leyes de privacidad pertinentes.

_____ Entiendo que mi firma e iniciales en esta autorización de consentimiento indican que estoy renunciando voluntariamente a mi derecho a la privacidad en este contacto y por la presente doy permiso a Family Service Bureau of Newark para revelar toda la información relevante a la Subvención del Capítulo 51 del Condado de Hudson o a las autoridades estatales. para facilitar mi tratamiento continuo hasta el momento en que otras opciones de pago sean viables para cubrir el costo total de mis servicios.

Yo, _____, por la presente autorizo a Family Service Bureau of Newark a comunicarse con todas las agencias y oficinas estatales y del condado apropiadas según sea necesario de acuerdo con los términos y disposiciones de la subvención del Capítulo 51 del condado de Hudson. Se me ha informado sobre mis opciones de pago para los servicios de tratamiento en Family Service Bureau of Newark, incluida la opción de autopago de escala móvil, y entiendo que para que mi atención se brinde dentro de mis posibilidades de pago, Family Service Bureau of Newark Debo proporcionar información demográfica y de otro tipo relacionada con mi tratamiento a la Oficina de Servicios de Adicción del Capítulo 51 del Condado de Hudson y otras autoridades a su solicitud.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

www.newcommunity.org



Carta de Atestación Financiera

Re:

Esta carta es una declaración por escrito con respecto al estado financiero de la persona mencionada anteriormente.

Marque la condición que mejor describa su situación financiera.

Actualmente estoy empleado por _____ (nombre de la empresa) y me pagan _____ (ingreso laboral bruto por periodo de pago) semanal, quincenal, mensual (marque con un círculo un período de pago. El pago es en efectivo; por lo que no puedo proporcionar ningún comprobante de ingresos.

Actualmente estoy desempleado y _____ (nombre del patrocinador) me está proporcionando asistencia financiera (vivienda/alquiler/comida) durante el tiempo de mi desempleo.

Actualmente estoy desempleado y no tengo ninguna fuente de ingresos.

Firma del Cliente

Fecha

FAMILY SERVICE BUREAU OF NEWARK

Servicio Ambulatorio

Personas en la Familia	Nivel Federal de Pobreza	250 % (Ambulatorio)	300%	350%	Sobre 350%
	SI POR DEBAJO de esta cantidad	SI ENTRE esta	SI ENTRE esta	SI ENTRE esta	EN O POR ENCIMA
	\$35 Ambulatorio	\$50 OP tarifa semanal	\$65 OP tarifa semanal	\$80 tarifa semanal	\$95 tarifa semanal
	\$70 IOP tarifa semanal	\$105 IOP tarifa semanal	\$140 IOP tarifa semanal	\$175 IOP tarifa semanal	\$200 IOP tarifa semanal
	Use el dinero de los fondos (solo si está disponible)	No elegible para financiamiento – Solo pago por cuenta propia	No elegible para financiamiento – Solo pago por cuenta propia	No elegible para financiamiento – Solo pago por cuenta propia	No elegible para financiamiento – Solo pago por cuenta propia
1	\$12,760	\$12,760 a \$31,900	\$31,900 a \$38,280	\$38,280 a \$44,660	\$44,660
2	\$17,240	\$17,240 a \$43,100	\$43,100 a \$51,720	\$51,720 a \$60,340	\$60,340
3	\$21,720	\$21,720 a \$54,300	\$54,300 a \$65,160	\$65,160 a \$76,020	\$76,020
4	\$26,200	\$26,200 a \$65,500	\$65,500 a \$78,600	\$78,600 a \$91,700	\$91,700
5	\$30,680	\$30,680 a \$76,700	\$76,700 a \$92,040	\$92,040 a \$107,380	\$107,380
6	\$35,160	\$35,160 a \$87,900	\$87,900 a \$105,480	\$105,480 a \$123,060	\$123,060
7	\$39,640	\$39,640 a \$99,100	\$99,100 a \$118,920	\$118,920 a \$138,740	\$138,740
8	\$44,120	\$44,120 a \$110,300	\$110,300 a \$132,360	\$132,360 a \$154,420	\$154,420
Por cada persona adicional, agregue	4480				

Admisión / Evaluación	\$100	
Grupo de Manejo de la Ira	\$180	6 grupos
Grupo de Padres	\$240	8 grupos
Evaluación Psiquiátrica Inicial	\$130	
Evaluación Psiquiátrica Anual	\$130	
Manejo de Medicación	\$75	
Examen de Orina	\$50	
Examen de Orina con EtG	\$75	