



Solicitud para el Programa Juvenil Multisistémico: páginas de Firma

Declaración de solicitante del Programa Juvenil Multisistémico (Multi-System Youth Program) y tutor legal

Información del solicitante		
Tipo de organización: <input type="checkbox"/> Family and Children First Council <input type="checkbox"/> OhioRISE Care Management Entity		
Nombre de la agencia/organización		Nombre del solicitante
Información del niño/joven e información del tutor legal		
Nombre del niño/joven	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
Nombre del tutor legal		Fecha de la solicitud

Al firmar abajo, el solicitante y el tutor legal del niño o joven certifican que la información enviada con esta solicitud, incluidos los archivos adjuntos, es veraz y precisa a su leal saber y entender.

El solicitante y el tutor legal aceptan lo siguiente (**se requieren las iniciales del solicitante y del tutor legal**):

Solicitante Tutor legal

- _____ _____ El Programa Juvenil Multisistémico de Prevención de Renuncia a la Custodia (Multi System Youth Custody Relinquishment Prevention Program) (el Programa) tiene como objetivo evitar la renuncia a la custodia o apoyar a los niños/jóvenes que recientemente quedaron sin custodia únicamente para acceder a la atención médica para que puedan regresar rápidamente a la custodia familiar. Para los niños a quienes recientemente se les negó el acceso a la atención médica, no se pueden autorizar los fondos del Programa hasta que se reciba la verificación del retorno de la custodia al tutor legal.
- _____ _____ Los fondos del Programa solo están disponibles cuando la Asamblea General de Ohio (Ohio General Assembly) los asigna. La financiación se proporciona a través de subvenciones y es limitada. No se garantiza que se recibirá financiación. No hay derecho a financiación más allá de los 30 días de la autorización inicial. La financiación puede rescindirse en cualquier momento.
- _____ _____ Un equipo conformado por personas de múltiples agencias estatales revisará las solicitudes completas, y se harán las determinaciones correspondientes sobre la base de criterios objetivos. Las solicitudes que estén incompletas no se revisarán. Las determinaciones de financiación son definitivas y no podrán apelarse.
- _____ _____ Los niños/jóvenes que obtienen fondos del Programa deben recibir atención en el entorno menos restrictivo que se documente como clínicamente apropiado para satisfacer sus necesidades. Si se solicitan fondos para el tratamiento fuera del hogar, el niño o joven ya debe haber recibido y agotado los servicios intensivos proporcionados en un entorno menos restrictivo y debe tener ahora clínicamente indicados los servicios en un entorno más restrictivo.
- _____ _____ El niño o joven y sus cuidadores deben contar con el apoyo activo de un equipo local multisistémico desde antes de presentarse la solicitud, y este equipo debe seguir comprometido con el caso mientras se reciban los fondos del Programa.

- _____ La financiación del programa está destinada a satisfacer necesidades agudas a corto plazo para evitar la renuncia a la custodia. Si se necesita financiación a largo plazo para contribuir al cuidado del niño o joven, el solicitante y el tutor legal se comprometen a trabajar juntos para garantizar una financiación sostenible a largo plazo para este fin.
- _____ Toda la información presentada en la solicitud se compartirá con el propósito de determinar la elegibilidad para la subvención de acuerdo con los términos que se adjuntan respecto de la divulgación de información.

Si se autoriza la financiación, el solicitante se compromete a lo siguiente (**se requieren las iniciales del solicitante**):

- _____ Facilitar la coordinación de la atención centrada en la familia, incluida la planificación del alta y la transición, para satisfacer las necesidades clínicas del niño o joven. Si se autorizan fondos para apoyar el tratamiento fuera del hogar, el solicitante se compromete a facilitar de inmediato la planificación detallada del alta en el momento de la admisión en un entorno de tratamiento fuera del hogar. Si el niño o joven ya está recibiendo tratamiento fuera del hogar cuando se presenta la solicitud, la planificación del alta debe tener una fecha previa a la solicitud, y el solicitante se compromete a continuar con este trabajo mientras dure la financiación.
- _____ Proporcionar al equipo estatal de revisión del Programa Juvenil Multisistémico (Multi-System Youth (MSY)) actualizaciones oportunas respecto del uso de los fondos para servicios y apoyos. Se requieren actualizaciones al menos cada 90 días y antes de solicitar que continúe o se modifique la financiación. Si los servicios y apoyos para el niño o joven y la familia se ven interrumpidos, el solicitante se compromete a proporcionar una actualización dentro de los 14 días posteriores a la interrupción o el cambio.

Si se autoriza la financiación, el tutor legal se compromete a lo siguiente (**se requieren las iniciales del tutor legal**):

- _____ Mantener u obtener la custodia del niño o joven. Si el niño o joven está bajo la custodia del sistema de protección infantil en el momento de la solicitud, los fondos solo se autorizarán para fechas de servicios después de que la custodia se devuelva al tutor legal.
- _____ Participar activamente en las actividades de coordinación de la atención para apoyar al niño o joven.
- _____ Mantener una participación activa en la implementación del plan de atención del niño o joven en relación con todos los tratamientos y servicios según se indique clínicamente, lo que incluye, entre otros, la participación activa en la terapia familiar, las habilidades de aprendizaje, la planificación del alta y la implementación de conductas de afrontamiento, según corresponda.
- _____ Asegurar que el niño o joven esté integrado en el entorno familiar. Si se autorizan fondos para financiar el tratamiento fuera del hogar, el tutor legal se compromete a comenzar a trabajar de inmediato para reintegrar al joven en el entorno familiar, a participar plenamente en la planificación del alta y a permitir que el niño o joven regrese a su hogar tan pronto como se considere clínicamente apropiado.

He leído o me han leído este documento y entiendo su contenido.

Firma del solicitante (director/coordinador de FCFC o supervisor de OhioRISE CME)

Fecha

Firma del tutor legal

Fecha

SE REQUIEREN FIRMAS LEGIBLES ARRIBA.

Programa Juvenil Multisistémico: divulgación de la información

Información del niño/joven e información del tutor legal		
Nombre del niño/joven	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
Nombre del tutor legal		

Yo, _____, autorizo la divulgación de toda la información relacionada con el niño o joven mencionado anteriormente, incluida la información sobre trastornos por abuso de sustancias, si corresponde, necesaria para la coordinación de servicios, las revisiones de financiación y la evaluación del programa del proceso del Programa Juvenil Multisistémico para su intercambio entre las siguientes organizaciones:

Todas las agencias miembro del Gabinete Infantil del Gobernador (Governor's Children's Cabinet) del Concejo sobre Prioridad de la Familia y los Niños de Ohio (Ohio Family and Children First (OFCF)), según la sección 121.37 del Código Revisado de Ohio, incluido el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid) y sus contratistas, el Departamento de Niños y Jóvenes de Ohio (Ohio Department of Children and Youth) o las personas que estos designen, y el personal de la Oficina del Gobernador de Ohio.

Todas las siguientes _____ organizaciones locales y del condado:

- Junta de Discapacidades del Desarrollo (Board of Developmental Disabilities (DD))
- Tribunal de menores
- Departamento de Trabajo y Servicios Familiares (Department of Job and Family Services)
- Agencia Pública de Servicios Infantiles (Public Children's Services Agency)
- Junta de Salud Mental, Alcohol y Drogas (Alcohol Drug and Mental Health (ADAMH))
- Concejo sobre Prioridad de la Familia y los Niños ((Family and Children First Council) (FCFC))
- Entidad de Administración de la Atención de OhioRISE (OhioRISE Care Management Entity)

Y todas las siguientes organizaciones (mencione a continuación las organizaciones que corresponda):

Centro de servicios educativos
Residencia/Centro para pacientes hospitalizados
Distrito escolar de residencia y asistencia
Proveedor(es) de salud conductual
Proveedor(es) de servicios a domicilio
Entidad (es) de atención administrada de Medicaid
Otro
Cualquier excepción o exclusión respecto de la información divulgada

Escriba sus iniciales junto a una de las siguientes declaraciones:

_____ Entiendo y acepto que esta autorización se extiende a la totalidad o parte de la información descrita anteriormente, lo que puede incluir el tratamiento de enfermedades mentales o por abuso o dependencia del alcohol o las drogas, SIDA/VIH o registros educativos. Entiendo que esta información se divulgará únicamente a las personas u organizaciones mencionadas arriba y que la información divulgada a dichas personas u organizaciones no podrá divulgarse ni compartirse con ninguna persona u organización que no se mencione específicamente en este formulario sin mi autorización previa por escrito, a menos que las leyes o regulaciones federales o estatales lo exijan o permitan.

_____ No doy mi consentimiento para la divulgación de ninguna información (*impedirá continuar con el Programa Juvenil Multisistémico y la financiación relacionada*)

1. Esta autorización permanecerá vigente mientras el programa MSY esté activo, a menos que aquí se especifique una fecha, situación o evento anterior _____. Este consentimiento podrá revocarse en cualquier momento excepto en la medida en que el programa o la persona que debe realizar la divulgación ya haya actuado de conformidad con mi autorización previa.
2. Sin embargo, entiendo que **TENGO DERECHO A REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN, POR ESCRITO**. Para eso, debo dirigir tal notificación escrita al administrador Multisistémico de la Juventud (MSY), 50 West Town Street, Suite 400; Columbus, Ohio 43215, y enviarla por correo o presentarla personalmente.
3. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Sin embargo, si me niego a firmar la autorización, el niño o joven mencionado anteriormente no será elegible para recibir asistencia financiera del Programa Juvenil Multisistémico.
4. Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información médica protegida y la información educativa protegida que se utilizarán o divulgarán según lo permita la ley.

He leído o me han leído este documento y entiendo su contenido.

Firma del tutor legal

Fecha

Relación con el niño o joven

Firma del niño o joven si se trata de información relacionada con un trastorno por abuso de sustancias ((Substance Abuse Disorder (SUD))

Fecha

**** Una copia de esta autorización firmada tendrá la misma fuerza y efecto que el original.**

SE REQUIEREN FIRMAS LEGIBLES ARRIBA.