



Plan de Responsabilidades y Servicios - Servicios de Salud Mental / Reducción de Barreras Para Prepararse Para Empleo

Nombre del Cliente: _____

Número de Caso: _____

788 SERVICIOS DE SALUD MENTAL - REDUCCIÓN DE BARRERAS PARA PREPARARSE PARA EMPLEO

Fecha Que Empieza:

Proveedor: _____

Pasos A Seguir

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comuníquese con: _____ para hacer una cita el: _____
(Fecha) | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Cooperar con el proceso de evaluación. | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Reportarse a tiempo o a las actividades de tratamiento. | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Lleve una copia de su plan de tratamiento al trabajador(a) de su caso en DHS. | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Asistir a sesiones / reuniones del grupo. _____
(Nombre, lugar y hora de la sesión) | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Comuníquese con: _____ si no puede participar en el tratamiento. | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Asistir a las reuniones con el trabajador(a) de su caso o proveedor de tratamiento, como se requiere. | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Responder a las cartas que DHS o su proveedor de tratamiento le envían. | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Proveer la información que el trabajador(a) de su caso o proveedor de tratamiento le piden. | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Notificar a DHS o el proveedor de Salud Mental si no puede conseguir sus medicinas necesarias. | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Entregar comprobante del horario en esta actividad: _____
(Indique Frecuencia o Fecha) | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Asistir a reuniones del manejo de su caso: _____
(Indique Frecuencia o Fecha) | Fecha Añadido
<input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> _____ | Fecha Añadido
<input type="text"/> |