



Fecha: _____

f402bd9f-9503-42dd-9158-52fd2162413f

Nombre: _____
Dirección: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Número del Caso: _____

Nombre de la Oficina: _____

Dirección de la Oficina: _____

Teléfono: _____

TTY: _____

Fax: _____

We have this notice in English. To request this notice in English, go to the ABE-MMC website or call 1-800-843-6154 (TTY 1-866-324-5553 TTY/Nextalk, 711 TTY Relay).

Puede manejar su caso por Internet en abe.illinois.gov

Agencia:		Fecha:	
Dirección:		Teléfono:	
Comuníquese con:		Número de Fax:	
Estado de la Cita:	<input type="checkbox"/> Transeúnte	<input type="checkbox"/> Por favor inicie contacto	<input type="checkbox"/> Fijado para el: Fecha: _____ Hora: _____
Comentarios:			
PROGRAMA / SERVICIO QUE NECESITA			

INFORMACIÓN DEL CASO

Persona Referida:		Fecha de Nac.:		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Dirección:		Ciudad:		Zona Postal:		
Teléfono del Hogar:		Teléfono del Trabajo:		Otro Teléfono:		
Nombre del Caso:			Número del Caso:			
Número de Seguro Social (solo los últimos 4 dígitos):						
Parentesco con Persona a Cargo del Caso:						
La persona referida recibe los siguientes servicios:				Meses TANF Usados:		
<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> TANF solo niños	<input type="checkbox"/> AABD	<input type="checkbox"/> SNAP	<input type="checkbox"/> Médicos	<input type="checkbox"/> Cuidado de Niños	<input type="checkbox"/> Manutención de Niños
Necesidades Especiales:						
Resultados de Pruebas en Habilidades Básicas:		Lectura	Matemáticas	Otro:	Fecha de la Prueba:	



Fecha: _____

f402bd9f-9503-42dd-9158-52fd2162413f

Número del Caso: _____

Por favor marque los encasillados apropiados

Acción de la Agencia:

- Completó Evaluación del Cliente Sí No Fecha: _____ Fecha Espera Servicios: _____
- Cliente en listo de espera Sí No Fecha: _____ Fecha Espera Servicios: _____
- Servicios Iniciados para Cliente Sí No Fecha: _____

Especifique Servicios _____

- No hay Contacto Con Cliente
- Remisión Rechazada Por favor Explique: No se ofrecieron Servicios Servicios ofrecidos, pero no están disponibles
 Cliente no es elegible Cliente rehusó servicios
 Otro: _____

Otra Acción Pendiente Por favor Explique: _____

Fecha Para Regresar: _____ Regrese para el: _____

Distribution: Original & Copy 1 - Provider Agency: Copy 2 - Client, Copy 3 - File



Formulario Para Remisión 6A (1 Año)

Número del Caso: _____

f402bd9f-9503-42dd-9158-52fd2162413f

Nombre del Cliente: _____
Imprima Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nac. _____ Mujer Hombre
(Mes) (Día) (Año)

Al firmar abajo usted certifica que ha leído el formulario y está de acuerdo con lo siguiente. Si no entiende algo, por favor pregunte.

Por este medio yo autorizo al DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS revelar la siguiente información acerca de mí para proveerme coordinación de servicios.

Información para ser revelada (fecha, tipo y estatus de los servicios incluyendo recomendaciones de tratamiento, estatus de cumplimiento, horario de actividades, capacidad de participar en actividades de trabajo, horario de trabajo, necesidad de servicios de apoyo y justificación):

_____ Iniciales del Cliente: _____
(Información Para ser Revelada)

La información marcada arriba es para ser revelada solamente a, _____, cuando sea necesario para administrar la coordinación de servicios o para propósitos de auditoria y evaluación.

Por este medio yo autorizo (Nombre de la Organización que Provee Servicio) _____ a revelar la siguiente información sobre mí con el propósito de proveerme coordinación de servicios.

Información para ser revelada (fecha, tipo y estado de los servicios incluyendo recomendaciones de tratamiento, estatus de cumplimiento, horario de actividades, capacidad de participar en actividades de trabajo, horario de trabajo, necesidad de servicios de apoyo y justificación):

_____ Iniciales del Cliente: _____
(Información Para ser Revelada)

La información marcada arriba es para ser revelada solamente al DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS, cuando sea necesario para administrar la coordinación de servicios o para propósitos de auditoria y evaluación.

Entiendo que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento por escrito, pero al revocarlo eso no anulará lo que ya se hizo antes de revocarlo. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que se revela. Si previamente no ha sido revocado, este consentimiento terminará cuando se complete la coordinación de servicios, pero de ninguna manera debe excederse a más de un año a partir del día de hoy.

Se me ha explicado que, si rehúso dar consentimiento para revelar esta información o si revoco mi consentimiento durante la coordinación del caso, puede ser que no reciba los servicios de coordinación del caso y puede afectar mis beneficios de asistencia pública. Sin embargo, entiendo que puedo recibir servicios de salud mental y servicios de tratamiento para abuso de sustancias, sin estar de acuerdo con este consentimiento.

Marque aquí si el cliente rehúsa firmar el consentimiento

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma de los Padres, Tutor, o Representante Autorizado (si es apropiado) _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

AVISO PARA LA PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN: La información revelada no puede volver a ser revelada, excepto como se indica aquí o de otra manera que es permitido por la ley. Si la información se relaciona a servicios para abuso de sustancias, ha sido revelada de los registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben revelar nuevamente esta información a menos que la persona expresamente lo permita por consentimiento escrito o como de otra manera es permitido por el 42 CFR Parte 2. Una autorización general para revelar información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar por delito o procesar a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas. La violación de las reglas federales es un delito.