



Estado de Illinois  
 Departamento de Servicios Humanos  
**FORMULARIO DE INFORME DE CAMBIO  
 DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN DE SNAP**

**Información del cliente:**

Nombre del caso: \_\_\_\_\_ Fecha de referencia: \_\_\_\_\_  
 Nombre de los participantes: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información de FCRC :**

Nombre de la oficina: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_ TTY: \_\_\_\_\_

**Información del proveedor:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_ TTY: \_\_\_\_\_  
 Fecha/hora de la cita: \_\_\_\_\_ Mostrar  No presentación

**La actividad de empleo y capacitación de SNAP**

**Debe ser una de las siguientes:**

Formación Profesional, Educación Básica, ESL, Trabajo Comunitario, Búsqueda supervisada de empleo, Formación en búsqueda de empleo, Trabajo Capacitación de preparación, pasantía, capacitación en el trabajo y trabajos de transición / Earnfare.

Actividad: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de finalización: \_\_\_\_\_  
 Actividad: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de finalización: \_\_\_\_\_  
 Actividad: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de finalización: \_\_\_\_\_  
 Actividad: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de finalización: \_\_\_\_\_

**El cliente se puso a trabajar:**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Título del trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Primera fecha: \_\_\_\_\_  
 Salarios por hora: \_\_\_\_\_ Horas por semana: \_\_\_\_\_  
 Gastos iniciales de empleo emitidos. Sí  No

Comentarios del caso:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FCRC Nombre impreso y de firma

Fecha



Estado de Illinois  
 Departamento de Servicios Humanos  
**FORMULARIO DE INFORME DE CAMBIO  
 DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN DE SNAP**

Número de caso: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: (Imprimir) Apellido: \_\_\_\_\_ Primero: \_\_\_\_\_ Medio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
 (Mes) (Día) (Año)

Al firmar a continuación, usted acepta que ha leído y acepta lo siguiente. Si no entiende algo o tiene preguntas, asegúrese de preguntar. Por la presente, autorizo a la DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES a divulgar la siguiente información sobre mí con el fin de proporcionarme coordinación de servicios.

Información que se divulgará (fecha, tipo de servicios, incluidas las recomendaciones de tratamiento, estado de cumplimiento, cronograma de actividades, capacidad para participar en actividades laborales, cronograma de trabajo, necesidades de servicios de apoyo y justificación):  
 \_\_\_\_\_ Iniciales del cliente: \_\_\_\_\_  
 (Información a ser divulgada)

La información verificada anteriormente se divulgará \_\_\_\_\_ solo cuando sea necesario para administrar la coordinación del servicio o para fines de auditoría y evaluación.

Por la presente autorizo a (Nombre de la organización del proveedor de servicios): \_\_\_\_\_ a divulgar la siguiente información sobre mí con el fin de brindarme coordinación de servicios. Información que se divulgará (fecha, tipo de servicios, incluidas recomendaciones de tratamiento, estado de cumplimiento, programa de actividades, capacidad para participar en actividades laborales, horario de trabajo, servicios de apoyo, necesidades y justificación):  
 \_\_\_\_\_ Iniciales del cliente: \_\_\_\_\_  
 (Información a ser divulgada)

La información verificada anteriormente debe divulgarse al DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS, solo según sea necesario para administrar la coordinación del servicio o para fines de auditoría y evaluación

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero que revocarlo no cancelará lo que ya se hizo antes de revocarlo. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que se divulgará. Si no se ha revocado previamente, este consentimiento finalizará una vez finalizada la coordinación del servicio, pero en ningún caso excederá de un año a partir de hoy. Se me ha explicado que si me niego a dar mi consentimiento a esta divulgación o si revoco mi consentimiento durante la coordinación del caso, es posible que no reciba servicios de coordinación de casos y mis beneficios de asistencia pública pueden verse afectados. Entiendo que puedo, sin embargo, recibir servicios de salud mental y servicios de tratamiento de abuso de sustancias, sin estar de acuerdo con este consentimiento.

Verifique aquí si el cliente se niega a firmar el consentimiento

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre, tutor o Representante Autorizado (if apropiado): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AVISO A LA PERSONA RECEPTORA:** La información divulgada en virtud del presente no puede volver a divulgarse, excepto según lo establecido en este documento o según lo permita la ley. Si la información pertenece a servicios de abuso de sustancias, se le ha revelado a partir de registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben la divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o perseguir penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. Laviolación de las reglas federales es un delito penal.