

FORMULARIO DE EVALUACION Y REFERENCIA

INFORMACIÓN PARA REFERENCIA LEGAL	INFORMACIÓN DEL CLIENTE
Nombre del empleado de asistencia médica:	Nombre:
Método preferido para contactar al empleado: (Teléfono / buscaperonas / correo electrónico)	Teléfono / correo electrónico:
Proveedor de atención médica / Ubicación: _____	Dirección:
Fecha de hoy:	¿Podemos dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agencia / entidad / persona relacionada con el problema:	Idioma preferido:
	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí, Número de semanas : _____ <input type="checkbox"/> No

PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN (marque todas las que apliquen):

Este proyecto no toma casos de defensa de asuntos penales, negligencia o infracciones de tránsito.

I—Apoyos de Ingresos

¿Necesita ayuda para conseguir o mantener cualquiera de los siguientes beneficios y servicios para su familia: WIC, SSI/SSDI, Asistencia en Efectivo (TANF/Asistencia General/Asistencia para Refugiados), la compra de cuidado de niños/subsidio de cuidado? Sí No N/A

¿Usted y su familia no tienen suficiente comida, o tienen problemas con SNAP / Cupones para Alimentos? Sí No N/A

¿Usted y sus hijos no tienen seguro de salud o tienen problemas de cobertura de atención médica (Medicaid, Asistencia Médica, Medicare, Asistencia para Recetas Médicas)? Sí No N/A

¿Otro problema de mantenimiento del ingreso? Sí No N/A

H - Vivienda y Servicios Públicos

¿Tiene una vivienda adecuada para su familia? Sí No N/A

¿Tiene cualquier condición problemática en su casa / apartamento (roedores, insectos, moho, etc)? Sí No N/A

¿Está en riesgo de perder su vivienda (desalojos, obstrucción de la entrada, alquiler atrasado, las advertencias, quebrantamiento de arrendamiento)? Sí No N/A

¿Tiene problemas con su vivienda subsidiada (Sección 8, crédito fiscal, etc.) o vivienda pública? Sí No N/A

¿Tiene atrasos en sus pagos de servicios públicos, o ha recibido un aviso de corte? Sí No N/A

¿Siente usted que ha sido discriminado en relación a la vivienda? Sí No N/A

¿Otro problema de la vivienda? Sí No N/A

E-Educación y Empleo

¿Sufre de discriminación contra usted en el trabajo, incluso a causa de embarazo? Sí No N/A

¿Tiene una discapacidad y experimenta problemas con obtener los servicios del estado para ayudarle a trabajar? Sí No N/A

¿Usted o sus hijos necesitan acomodaciones en la escuela o en los estudios superiores relacionadas con una discapacidad? Sí No N/A

¿Tiene un niño con una discapacidad mental / física, o con problemas de aprendizaje o de comportamiento en la escuela? Sí No N/A

L- Estado de Inmigración

¿Tiene alguna preocupación sobre su estado de inmigración? Sí No N/A

¿Le han desanimado de solicitar prestaciones públicas para usted o sus hijos debido a su estado de inmigración? Sí No N/A

¿Le preocupa la salud y estabilidad de su familia, por cualquier motivo relacionado con la inmigración? Sí No N/A

P- Estabilidad Personal y de la Familia

¿Está la División de Servicios para Familias involucrada con usted de alguna manera? ¿Tiene hijos que no están en su cuidado pero con quién quiere tener más contacto? Sí No N/A

¿Le preocupa su seguridad o la de su familia? Sí (Escriba detalles al dorso) No N/A

¿Tiene una barrera para acceder a los programas gubernamentales que se relaciona con una discapacidad, incluyendo el transporte, u otros lugares públicos o servicios? Sí No N/A

¿Usted o sus hijos tienen otra discapacidad o necesidad médica especial, incluyendo una directriz anticipada para la atención médica, un poder legal, el acceso al voto y los derechos de los discapacitados? Sí No N/A ¿puede ser más concreto (describa al dorso)? No N/A

¿Otros problemas / preocupaciones con los que un abogado podría ayudar, u otros problemas que provocan ansiedad o estrés graves (explica al dorso)? Sí No N/A

SUMARIO DEL PROBLEMA O PREOCUPACIÓN

Marque aquí si le parece que una fecha de corte o audiencia legal ocurrirá dentro de los 10 días Fecha(si se sabe):

AUTORIZACION DEL CLIENTE; AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION DE SALUD

Yo, _____ (nombre del paciente), autorizo el proveedor de atención médica nombrado a continuación a hablar con la Sociedad de Asistencia Legal Comunitaria de Delaware, Inc. (CLASI) acerca de mi problema legal potencial para ver si CLASI puede ayudar a resolver el problema o hacer una referencia a otro recursos. **También autorizo a CLASI a hablar de mi posible problema legal con mi proveedor de atención médica para ayudar a resolver mi problema.** Por este medio, autorizo al proveedor de atención médica nombrado a continuación: _____

DATOS DEL RECEPTOR

a revelar la siguiente información de salud protegida a: la Sociedad de Asistencia Legal Comunitaria de Delaware, Inc. (CLASI). Dirección: 100 West 10th Street, Suite 801
Ciudad: Wilmington Estado: DE Código postal: 19801

Por favor, indique la información o los tipos de información que deben revelarse: Toda información necesaria para hacer una referencia para la posible asistencia legal, incluyendo nombre, fecha de nacimiento, información de contacto, estado de embarazo, e información relacionada con la salud o el diagnóstico de una discapacidad, si está relacionada con el problema legal; e información acerca del problema legal.

Especifique las fechas (o gamas de fechas) si aplica: TODAS LAS FECHAS

Esta solicitud es para el propósito de: una referencia legal para la representación legal posible

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que mi revocación debe ser por escrito y dirigida al Oficial de Privacidad de la entidad mencionada anteriormente que está autorizado a divulgar esta información. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización.

A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en seis meses o en la siguiente fecha: _____

Entiendo que cualquier divulgación de información puede estar sujeta a una nueva divulgación por el receptor y puede ya no estar protegida por la ley federal o estatal. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar y / o copiar la información que ha de ser revelada. Entiendo que esta autorización de divulgación es voluntaria. Entiendo que si tengo alguna pregunta acerca de la divulgación de información sobre mi salud, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de la entidad mencionada anteriormente que está autorizada a divulgar esta información y solicitar una copia de esta autorización.

Entiendo que mi expediente de salud puede incluir información relacionada con el tratamiento del abuso de drogas y alcohol, enfermedad mental, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis o la genética. SI USTED NO QUIERE QUE ESTA INFORMACIÓN SEA LIBERADA FAVOR DE PONER SUS INICIALES AQUÍ:

He leído cuidadosamente y entiendo lo anterior y de manera expresa y voluntariamente autorizo la divulgación de información entre el profesional de la atención médica mencionado anteriormente y CLASI.

Firma del Paciente/Representante

Fecha

Relación del representante con el paciente / autoridad de representante

Envíe por fax o correo electrónico este formulario a:

Jane Curschmann, La Sociedad de Asistencia Legal Comunitaria de Delaware, Inc.

FAX: (302) 575-0840 TELÉFONO : (302) 575-0660, ext. 211

jcurschmann@declasi.org

Version 3/2015