

**Asistencia integral (Wraparound) del condado de Clackamas
Consentimiento para la determinación de la elegibilidad y los servicios de
coordinación de atención**

Nombre del/ de la joven: _____	Nombre legal del/de la joven: _____
Fecha de nacimiento: _____	Teléfono: _____
Padre/madre/tutor: _____	

Su hijo(a) ha sido remitido al programa de asistencia integral (Wraparound) de la División de Salud del Comportamiento del Condado de Clackamas. Se trata de un programa voluntario y puede retirar a su hijo(a) del programa en cualquier momento. Durante el proceso, se respetará y se escuchará su opinión.

El proceso de remisión para la asistencia integral (Wraparound) consta de tres (3) pasos:

- Se completan los formularios de remisión y se revisan para comprobar la elegibilidad previa.
- Usted y su hijo(a) se conectarán con un(a) coordinador(a) de remisiones del programa de asistencia integral (Wraparound) para responder a las preguntas que pueda tener.
- Usted, su hijo(a) y la persona que remitió a su hijo(a) se reunirán con el comité de revisión del programa de asistencia integral (Wraparound). El Comité es un grupo de personas de los sistemas de servicios para menores de todo el condado de Clackamas que deciden si los jóvenes cumplen con los requisitos para acceder a la coordinación de atención del programa de asistencia integral (Wraparound).

Si se determina que su hijo(a) es elegible para recibir asistencia integral, un(a) coordinador(a) de atención se comunicará con usted para conocer las necesidades y las metas de su hijo(a).

Ayudarán a crear un equipo de personas elegidas por usted y su hijo(a). El equipo se reunirá a menudo y trabajará conjuntamente para desarrollar un plan de atención con asistencia integral (Wraparound).

Se mantendrá la confidencialidad de toda la información, a menos que firme una autorización para divulgarla, o bien, según lo permitido por ley.

Al firmar a continuación:

- Usted otorga su permiso para que su hijo(a) participe en el proceso de remisión del programa de asistencia integral (Wraparound) para determinar la elegibilidad para el programa.
- Si se considera que es elegible, usted otorga su consentimiento para que el (la) coordinador(a) del programa de asistencia integral (Wraparound) se ocupe de todas las actividades necesarias para la coordinación de la atención y el proceso de planificación.
- Usted entiende que la participación en el programa de asistencia integral (Wraparound) de Clackamas es voluntaria y que puede retirar su consentimiento, en cualquier momento. No se pueden revocar las acciones realizadas antes de que retire su consentimiento.

_____	_____	_____
Firma de padres/tutores	Nombre, en letra imprenta	Fecha
_____	_____	_____
Firma del/de la joven (mayor de 14 años)	Nombre, en letra imprenta	Fecha