

Paquete de remisión de asistencia integral (Wraparound) del condado de Clackamas

Fecha de remisión: _____

DATOS DEL/DE LA JOVEN

| | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------|---|
| Nombre del/de la joven: _____ | Nombre legal del/de la joven: _____ | | |
| Fecha de nacimiento: _____ | Edad: _____ | Pronombres: _____ | |
| Teléfono: _____ | Correo electrónico: _____ | | |
| Raza: _____ | Etnia: _____ | Idioma preferido: _____ | |
| Plan de Salud de Oregon (obligatorio): | Sí | No | Si tiene OHP #: _____ |
| Otro seguro médico: | Sí | No | Si tiene, el nombre de la otra compañía de seguro médico: _____ |

DATOS DEL TUTOR LEGAL

| | |
|--|---------------------------------|
| Nombre: _____ | Relación con el/la joven: _____ |
| Dirección: _____ | |
| Teléfono: _____ | Correo electrónico: _____ |
| Si es otro, ¿con quién vive el/la joven? | |
| Nombre: _____ | Relación con el/la joven: _____ |
| Dirección: _____ | |
| Teléfono: _____ | Correo electrónico: _____ |

INFORMACIÓN DE REMISIÓN

Remitido(a) por: _____ Agencia/función: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

¿Sabe la familia que se ha hecho una remisión para recibir asistencia integral (Wraparound)? Sí
No

¿Sabe el/la joven (de 12 años de edad o más) que se ha hecho una remisión para recibir asistencia integral (Wraparound)? Sí No Menor de 12 años

OTRAS CONSIDERACIONES

El/la joven ha participado anteriormente en el programa de asistencia integral (Wraparound) Sí
No

El idioma preferido de la familia es: _____

El/la joven y/o la familia pueden necesitar un intérprete durante el proceso de selección y planificación de la asistencia integral (Wraparound) Joven Familia

El/La joven y/o la familia pueden necesitar adaptaciones durante el proceso de remisión y planificación de la asistencia integral (Wraparound) (letras grande, TTD/TYY) Joven Familia

Adaptación: _____

SISTEMAS Y APOYOS EN LOS QUE EL/LA JOVEN PARTICIPA

Sistemas en los que participa (marque todas las opciones que correspondan):

Tratamiento de salud mental

Tratamiento por abuso de sustancias/adicciones

Educación especial

Salud física compleja

Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS)

Programa seguro de hospitalización para niños o adolescentes (SCIP o SAIP)

Justicia de menores

Otro: _____

Discapacidades del desarrollo

Otro: _____

**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 |

Formulario de información para jóvenes y familias

Complete tanto como pueda. Toda esta información se recopilará antes de que pueda programarse la reunión del comité de revisión del programa de asistencia integral (Wraparound)

Nombre del/de la joven: _____

Información educativa:

Escuela actual/más reciente: _____ Grado: _____

El/La joven tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP) o plan 504: Sí No

Otra información educativa relevante:

Fortalezas del/de la joven:

Necesidades del/de la joven:

Situación de vivienda actual/reciente: ¿Con quién vive el/la joven?

Metas del programa de asistencia integral (Wraparound) para el/la joven y la familia: ¿Qué esperan obtener el/la joven y la familia del programa de asistencia integral (Wraparound)?

Información adicional, si es necesario:

Personas a incluir en el equipo del programa de asistencia integral (Wraparound)

Los apoyos naturales son personas u organizaciones de la propia comunidad del menor y la familia, de parientes, de redes sociales o espirituales, como amigos, miembros de la familia extendida y vecinos. No se les paga.

Apoyo natural: _____

Función: _____

Firmó la autorización de
divulgación de información

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Apoyo natural: _____

Función: _____

Firmó la autorización de
divulgación de información

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Los apoyos profesionales son personas y agencias de las que el/la joven recibe servicios (terapeuta, representante de la escuela, asistente social, etc.)

Apoyo profesional: _____

Función: _____ Agencia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Firmó la autorización de
divulgación de información

Apoyo profesional: _____

Función: _____ Agencia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Firmó la autorización de
divulgación de información

Apoyo profesional: _____

Función: _____ Agencia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Firmó la autorización de
divulgación de información

Apoyos naturales o profesionales adicionales:

Complete y envíe el paquete de remisión asistencia integral (Wraparound) a uno de los siguientes

Correo electrónico: wraparoundreferrals@clackamas.us

Fax: 503-742-5304

**Correo postal: Attn: Wraparound Referral
2051 Kaen Road, Suite 154
Oregon City, Oregon 97045**

Si tiene preguntas sobre el programa de asistencia integral (Wraparound), llame al 503-742-5378 para que lo comuniquen con un(a) coordinador(a) de remisiones.

9L7 @ G=J5 A9BH9 'D5 F5 'I GC`-BH9 FBC`

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Tipo de seguro (marque todas las opciones que correspondan): Insurance Type (check all that apply): | | Health Share of Oregon (HSO) Trillium | Tarjeta abierta del OHP OHP Open Card No tienen seguro médico No insurance | Seguro privado (OHP 2.º) Private insurance (OHP 2nd) Seguro privado (No tiene OHP) Private insurance (No OHP) |
| Fecha de finalización de la remisión: Date of referral: _____ | | Fecha de determinación: Date of approval: _____ | | |
| Resultados de la evaluación: Screening outcome: | | Aprobar Approved | Rechazar Denied | |
| Se notificó al emisor de remisión: Referral Source Notified: Sí/Yes No | | Se notificó a la familia o al tutor legal: Family or Legal Guardian Notified: Sí/Yes No | | |
| Coordinador(a) de atención: Care Coordinator: _____ | | Fecha de asignación: Date Assigned: _____ | | |
| Firma de la personal que procesó la remisión: Signature of Wraparound staff processing referral: _____ | | | | |
| Nombre impreso y credenciales: Printed name and credentials: _____ | | | Fecha: Date: _____ | |

Formulario actualizado el 1/24/2023

Eliminar datos del formulario

Paquete de remisión de asistencia integral
(Wraparound) del condado de Clackamas 8