



HFS

Illinois Department of
Healthcare and Family Services

Caminos al éxito

Formulario de consentimiento de participación en el programa

Nombre de la(del) joven: _____ RIN: _____ Fecha de nacimiento: _____

Elegibilidad: entiendo que se ha determinado que la(el) joven mencionada(o) anteriormente es elegible para el programa Caminos al éxito al cumplir con todos los siguientes requisitos de elegibilidad:

Iniciales

1. la(el) joven es elegible para el Programa de Asistencia Médica de Illinois (Medicaid o AllKids);
2. la(el) joven es menor de 21 años;
3. la(el) joven tiene un diagnóstico de salud mental; y,
4. la Evaluación Integral de Necesidades y Fortalezas de Medicaid de Illinois (IM+CANS, por sus siglas en inglés) de la(del) joven muestra que la(el) joven tiene necesidades que pueden beneficiarse de los servicios de Caminos al éxito.

Entiendo que la elegibilidad continua para Caminos al éxito depende de que la(el) joven continúe cumpliendo con los factores anteriores y será evaluada(o) por el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares (HFS, por sus siglas en inglés) una vez cada 6 meses.

Servicios: entiendo que los siguientes servicios están disponibles para la(el) joven mencionada(o) anteriormente en el marco del programa Caminos al éxito:

Iniciales

1. Coordinación de atención y apoyo
2. Servicios intensivos basados en el hogar
3. Programa de apoyo familiar (FSP, por sus siglas en inglés)
4. Atención de relevo
5. Tutoría terapéutica
6. Servicios de apoyo individual
7. Servicios de apoyo terapéutico

Mis derechos: entiendo que tengo los siguientes derechos según Caminos al éxito:

Iniciales

1. Tengo derecho a solicitar los servicios que satisfagan las necesidades de la(del) joven, incluidos los que se ofrecen a través de Caminos al éxito.
2. Tengo derecho a rechazar cualquiera o todos los servicios ofrecidos a la(al) joven y la familia en cualquier momento.
3. Tengo derecho a estar informada(o) y elegir entre los servicios, apoyos y proveedores necesarios disponibles para la(el) joven a través de Caminos al éxito.
4. Tengo derecho a solicitar una actualización del plan de atención de la(del) joven en cualquier momento. Entiendo que debo hablar con la(el) coordinador(a) de atención de la(del) joven sobre el proceso para solicitar actualizaciones.
5. Tengo derecho a solicitar y recibir una copia de la evaluación y el plan de atención de la(del) joven. Si la(el) joven tiene 12 años o más, debe dar su consentimiento para la divulgación de la evaluación a un tercero, incluidos los padres o su tutor.



HFS

Illinois Department of
Healthcare and Family Services

Mis responsabilidades: entiendo que tengo las siguientes responsabilidades en Caminos al éxito:

Iniciales

1. Soy responsable de proporcionar cualquier información, documentación o papeles que necesite la(el) coordinador(a) de atención de la(del) joven o HFS para evaluar la elegibilidad continua de la(del) joven para el programa Caminos al éxito.
2. Soy responsable de informar a la(al) coordinador(a) de atención de la(del) joven sobre cualquier cambio de vida que pueda afectar la participación de la(del) joven en Caminos al éxito dentro de los 30 días posteriores a que ocurra el cambio. Los cambios importantes por informar a la(al) coordinador(a) de atención de la(del) joven incluyen cambios de número de teléfono o dirección, propias o de la(del) joven, cambios en las necesidades de servicio de la(del) joven, cambios en las fechas en que la(el) joven o yo estemos disponibles para reunirnos, cambios en la cobertura de Asistencia Médica (Medicaid) de la(del) joven, o cualquier cambio de tutor legal o situación de vivienda para la(el) joven.
3. Soy responsable de participar activamente en el cuidado de la(del) joven. La participación incluye hablar regularmente con la(el) coordinador(a) de atención de la(del) joven, asistir a las reuniones del equipo de la(del) niña(o) y la familia, participar en la evaluación y el proceso del plan de atención y hablar con los proveedores de servicios sobre el tratamiento. Si la(el) joven y la familia dejan de participar en Caminos al éxito por más de 90 días, es posible que se cancele la inscripción de la(del) joven en el programa.

Confirmación y firma. Entiendo que la participación en Caminos al éxito es voluntaria. He tenido la oportunidad de revisar este Formulario de consentimiento de participación en el programa y de hacer preguntas.

Marque uno a continuación:

- Acepto:** doy mi consentimiento para que las(los) jóvenes mencionadas(os) arriban participen en Caminos al éxito.
- Rechazo:** no doy mi consentimiento para que las(los) jóvenes mencionadas(os) arriban participen en Caminos al éxito. Solicito que se cancele la inscripción de la(del) joven del programa. Si cambio de opinión más adelante, entiendo que debo seguir las instrucciones para solicitar una determinación de elegibilidad de Caminos al éxito que se encuentran en el sitio web de HFS aquí: pathways.illinois.gov

Se requiere a continuación la firma fechada de la(del) joven, si está emancipada(o) o tiene 18 años o más, o del padre/tutor legal de la(del) joven.

Joven/tutor legal (nombre en letra de
imprenta)

Firma

Fecha