



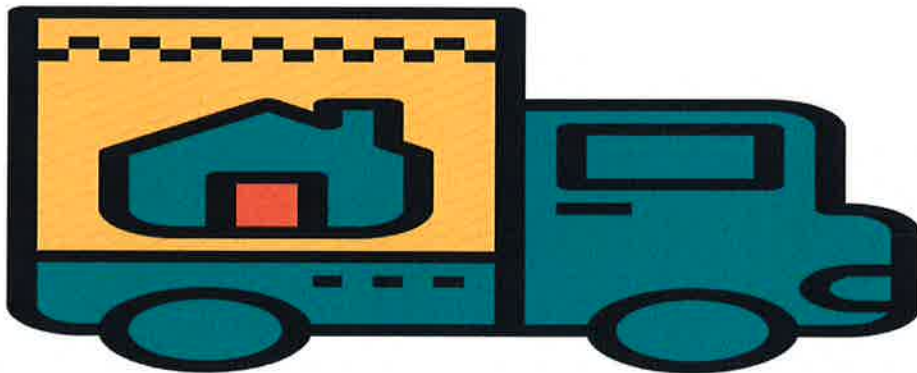
CATHOLIC CHARITIES
of the Archdiocese of Miami, Inc.

RAPID REHOUSING PROGRAM

**¿Es Usted Residente del Condado de Monroe?
¿Tiene actualmente ingresos pero necesita ayuda para mudarse y regresar a una situación de vivienda permanente?**

**Para obtener asistencia,
Favor contactar a**

monroe@ccadm.org
786-526-1954



We serve People not because they are Catholic. We serve People because we are Catholic ©



CATHOLIC CHARITIES

of the Archdiocese of Miami, Inc.

Forma de admisión

Nombre del Cliente: _____

Nombre del Programa: _____

Fecha de admisión: _____

¿Por qué viniste al programa? _____

Dirección: _____
Calle # de Apto Ciudad Estado Codigo Postal

No. de Seguro Social o No. de extranjero (opcional): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Género: **(Por favor marque uno)** Masculino Femenina

País de origen: _____

Raza/Etnicidad: **(Por favor marque uno)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Negro, Afroamericano | <input type="checkbox"/> Indio Americano, Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Negro, Haitiano | <input type="checkbox"/> Isleño pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro, Otro | <input type="checkbox"/> Asiático (no-Isleño pacífico) |
| <input type="checkbox"/> Hispano, Latino | <input type="checkbox"/> Blanco (no-Hispano/no-Latino) |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifica) _____ | |

Número de teléfono de casa: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

Número Celular: _____

Información de contactos en caso de emergencia

Nombre de contacto: _____ Número de teléfono: _____

Relación al contacto de emergencia: **(Por favor circule uno)**

- | | | | | | |
|----------|-------------------|-------------|----------------|-------|------------|
| Cuidador | Familia extendida | Amigo | Guardián legal | Padre | Hermano(a) |
| Hijo(a) | Cónyuge | Otro: _____ | | | |



Forma de admisión

Cobertura de seguro de salud: (Por favor marque uno)

- Medicaid y Medicare Ninguno
 Medicaid solamente Seguro Privado (Especifique el nombre del seguro) _____
 Medicare solamente _____

¿Tiene alguna necesidad de salud emergente? Si o No

Si es así, por favor explique _____

¿Usted tiene miedo por su seguridad o peligro inminente o daño a uno mismo o a los demás? Si o No
Por favor describa: _____

Ingreso familiar anual bruto: _____ **Tamaño del hogar:** _____

Otros miembros de la familia:				
Adulto/Niño	Nombre	Fecha de Nacimiento	Género	Relación al cliente
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

¿Cuál es su primer idioma?: (Por favor circule uno) Inglés Español Kreyól Otro: _____

¿Puede leer y escribir en tu propio primer idioma? Si o No

¿Puede hablar y leer en inglés? Si o No

Religión: (Por favor circule uno)

- Católico Judío Musulmán Protestante Ninguno Otro Prefiero no responder

Nivel más alto de educación completado: (Por favor circule uno)

- Ninguno K-5th grado 6th – 8th grado 9th – 11th grado Graduado de escuela secundaria

- Algo de universidad – menos de un Bachillerato Bachillerato o superior

¿Tienes un correo electrónico? Si o No Si es así, por favor especifique: _____

¿Está de acuerdo en recibir correos electrónicos de la agencia? (Por favor circule uno) Si o No



CATHOLIC CHARITIES
of the Archdiocese of Miami, Inc.

Consent for Service

Consentimiento para Servicios

Konsantman pou Sèvis

I voluntarily consent to receive services from:

Yo, voluntariamente doy consentimiento para recibir servicios de:

Mwen volontèman dakò resevwa sèvis nan:

Program Name/ Nombre del Programa/ Non pwogram lan: **Rapid Re-Housing**

I acknowledge that it is my responsibility to act in response to the service recommendations that are documented on my service plan.

Yo reconozco que es mi responsabilidad seguir las recomendaciones de servicios documentadas en mi plan de servicios.

Mwen rekonèt se responsablite mwen yo aji an repons a rekòmandasyon yo sèvis ki dokimante sou plan sèvis mwen.

Staff/ Date
Empleado/ Fecha
Anplwaye/ Dat

Consumer/ Parent/ Legal guardian/ Date
Consumidor/ Padre/ Guardian legal/ Fecha
Konsomatè/ Paran/ Responsab Legal/ Dat



Derechos y Responsabilidades del Consumidor **Consumer Rights and Responsibilities**

- A. El derecho a mantener una comunicación privada con cualquier persona del personal.
- B. El derecho a tener una explicación clara de cómo consignar agravios o apelaciones.
- C. El derecho a recibir información suficiente que le permita tomar una decisión informada de cómo hacer uso de la organización y de sus servicios.
- D. El derecho a recibir tratamientos/servicios justos y equitativos, solicitud de recibir una revisión de su plan de atención, tratamiento y servicios.
- E. El derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento o medicamento, a menos de que hayan sido ordenados por una corte o por la ley. De igual manera, tienen el derecho a ser informado de las consecuencias de dicha negación, la cual puede incluir la expulsión o dada de baja del programa.
- F. El derecho a ser tratado con cortesía, justicia y dignidad.
- G. El derecho a renunciar, cuando lo desee, a los servicios de Rapid Re-Housing.
- H. El derecho a estar completamente informado de las normas de conducta, regulaciones, y expectativas a seguir en el centro y que de no respetarlas pueden resultar en la expulsión o dada de baja de los servicios.
- I. El derecho a ser informado de la responsabilidad de proveer información relevante como la base para recibir servicios y participar en la toma de decisiones del servicio.
- J. Todos los clientes tienen derecho a los servicios, independientemente de su raza, religión, sexo, edad, antecedentes, lugar de nacimiento y condición mental o médica.
- K. El cliente debe ser informado de sus derechos y responsabilidades en el idioma que el cliente pueda entender.
- L. Los servicios están disponibles 8 horas al día, de lunes a viernes de _____ . Sin embargo, las oficinas administrativas están abiertas para cualquier pregunta de _____ de lunes a viernes.

Yo he leído una copia de los “Derechos y responsabilidades del consumidor” como receptor de los servicios de Rapid Re-Housing y estoy satisfecho con la explicación recibida.

Firma

Fecha



PROCESO DE AGRAVIO PARA LOS CONSUMIDORES
Consumer Grievance Form

La organización tiene un proceso de agravio que permite que los consumidores se quejen y que resuelvan las acciones del personal del programa, y/o condiciones o circunstancias que violan sus derechos sin interferencias ni represalias. Todos los agravios serán registrados en la planilla de Reporte de Agravio al Consumidor que sera completada por el consumidor, y una planilla de Reporte de Incidente que a su vez sera completado y enviado a la oficina central.

Inicialmente, se hacen los esfuerzos de resolver conflictos y/o quejas del consumidor de forma informal y verbalmente discutiendo con su supervisor, coordinador del programa, o persona asignada (la posición variará por el tipo del servicio del programa). Si esas discusiones no conducen a la solución satisfactoria, el/ella tiene el derecho de iniciar un proceso de agravio siguiendo los pasos siguientes:

Paso 1: Si el agravio no se resuelve con la discusión inicial, el consumidor tendrá tres (3) días laborales a partir de la fecha que el incidente ocurrió el cual es la causa su agravio para completar la planilla de Reporte de Agravio al Consumidor y enviarla al programa.

Director: El director del programa someterá un Reporte de Incidente dentro de 24 horas y planificará una reunión con el cliente dentro de (3) días laborales a partir de la fecha que el reporte de agravio fue enviado. Si el consumidor no está satisfecho con el resultado de la reunión, el/ ella tiene el derecho de apelar y proceder con el paso 2 del proceso de agravio.

Paso 2: Si el agravio no se resuelve en la reunión con el director del programa, entonces el consumidor tiene tres (3) días laborales a partir de la fecha de la reunión en el paso 1, para solicitar por escrito una reunión con la persona de la agencia encargada de revisar los agravios, es decir, el supervisor de riesgos. El supervisor de riesgos de la agencia planificará una reunión con el consumidor dentro de los (3) días laborales de recibir la petición por escrito. La decisión del supervisor de riesgo es definitiva y será enviada al consumidor por escrito dentro de (3) días laborales a partir del día de la reunión.

Reconozco que me han dado una copia y entiendo el procedimiento de agravio de la organización.

Nombre del Consumidor

Firma del Consumidor y Fecha



HIPAA

PATIENTS ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF HEALTH INFORMATION PRIVACY NOTICE
I hereby acknowledge that I received the Catholic Charities of the Archdiocese of Miami, Inc. Health Information Privacy Notice for my review prior to receiving services through Catholic Charities of the Archdiocese of Miami, Inc.

Signature of Consumer or Consumer Representative

Print Name of Consumer or Consumer Representative

Relationship of Consumer Representative to Consumer

Date

ACUSE DE RECIBO DEL COMUNICADO DE PRIVACIDAD SOBRE INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE
Acontinuación yo reconzco que he recibido el Comunicado de privacidad sobre información de salud de Catholic Charities of the Archdiocese of Miami, Inc. para ser revisado por mi, antes de recibir los servicios de Catholic Charities of the Archdiocese of Miami, Inc.

Firmar del consumidor o su representante

Nombre del consumidor o su representante

Relación entre el consumidory su representante

Fecha

DOKIMAN KI MOUTRE SI PASYAN-AN RESEVWA AVI SOU ZAFÉ KENBE ENFOMASYON SOU SANTE YO PRIVE
Dokiman sa-a se pwèv ke mwen te resevwa avi sa-a ki pale sou zafè kenbe enfòmasyon sante moun sekre pou mwen te kapab revize li anvan mwe resevwa sèvis nan Charite Katolik nan Achidyosèz Mayami.

Siyati Kliyan-an, osinon Moun ki reprezante Kliyan-an.

Ekri non kliyan-an osinon Moun ki repwezante Kliyan.

Di kisa moun ki reprezante kliyan-an ye pou li.

Dat



**Notice to Clients
Limited English Proficiency**

Catholic Charities of the Archdiocese of Miami, Inc. complies with Executive Order (E.O.) 13166, to provide access to service for persons with limited English proficiency, in accordance with TITLE VI requirements of The Civil Rights Act of 1964.

If you need language assistance, please let us know and an interpreter will be provided to you at no cost. The agency will make every concerted effort to provide limited English persons with vital documents in various language formats.

Complaints regarding language assistance can be forwarded to the Program Director.

I acknowledge and understand the Organization's LEP document.

Consumer Signature _____ **Date** _____

**Aviso al Cliente
Limitados Conocimientos de Ingles**

Caridades Católicas de la Arquidiócesis de Miami, Inc. Cumple con la Orden Ejecutiva (*Executive Order*) 13166, que requiere proveer acceso a servicios a personas con limitado conocimiento del idioma Inglés, de acuerdo con los requerimientos de la cláusula VI (*TITLE VI*) del Acta de Derechos Civiles (*The Civil Rights Act*) de 1964.

Si usted necesita asistencia para comunicarse en Inglés, por favor, déjenoslo saber para proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. La Agencia hará el esfuerzo necesario para proveer documentos básicos en varios idiomas a los clientes con limitado conocimiento del idioma Inglés.

Si tiene alguna queja con relación al acceso a servicios por tener limitado conocimiento del idioma Inglés, puede informarle al Director del Programa.

Yo hago constar que entiendo como la Organización sirve a personas con limitado conocimiento del idioma Inglés.

Firma del consumidor _____ **Fecha** _____

Avi pou kliyan sou koze dwa moun ki gen pwoblèm ak lang angle

Avi sa-a se pou fè-w konnen dwa ou genyen dapre kòd dwa sivil 1964. Charite Katolik nan Achidyosèz Mayami aplike lòd ekzekitif 13166 pou bay moun ki gen pwoblèm angle aksè a sèvis dapre jan chapit 6 kòd dwa sivil 1964 la mande sa.

Si-w bezwen asistans ak lang nan, tanpri fè nou konnen sa epi yap ba ou yon entèprèt san ou pa peye anyen pou sa. Sant la fè tout efò nesèsè pou bay moun ki gen pwoblèm ak lang angle yo dokiman enpòtan nan plizyè lang diferan.

Pou plent ki an rapò ak asistans sou pwoblèm lang, kontakte Direktè Pwogram nan.

Sinyati _____ **Dat** _____



AUTORIZACIÓN PARA PROVEER INFORMACION
(Authorization for the Release of Information)

Nombre: _____
 Apellido Primer nombre Inicial
Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal
Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

Yo autorizo a Caridades Católicas de la Archidiócesis de Miami, Inc. a proveer información a las siguientes personas/organizaciones:

Nombre: _____ Relación/ Organización: _____
Nombre: _____ Relación/ Organización: _____
Nombre: _____ Relación/ Organización: _____

La información a proveer incluye aquellas relacionadas con:
Con el siguiente propósito:

Yo entiendo que si la persona o personas y / o organización(s) mencionados anteriormente no son proveedores de servicios de salud, planes de salud o centros de intercambio de información sanitarios que están sujetos a las normas de privacidad federales, la información de salud divulgada de conformidad con esta autorización puede no estar protegida por las normas de privacidad federales y dicha persona o personas y/o organización(s) pueden obtener mi información de salud sin mi autorización.

Esta autorización no excederá de 90 días a partir de la fecha en que se otorga para información que solamente se de una vez, y no excede de un (1) año, o como la ley o orden judicial requiere.

Entiendo que mi registros pueden ser objeto de re-divulgación por los destinatarios y desprotegidos por la ley federal o estatal hasta que se reciba una revocación firmada o hasta que el período de retención de registros establecido por la ley federal y estatal de la Florida ha expirado, cualquiera que se produzca primero.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido una copia de la autorización firmada. Entiendo que una copia de mi información protegida de la salud puede ser inspeccionada para ser utilizado o divulgada bajo esta autorización, que no he recibido servicios o tratamiento hasta recibir esta autorización firmada, y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para obtener beneficios, inscripción, pago por o cobertura de servicios, capacidad para obtener tratamiento, salvo lo dispuesto en este formulario. Si el propósito de esta autorización es para el uso o divulgación de información de salud para un estudio de investigación, y me niego a firmar esta autorización, reservamos el derecho para negar tratamiento asociado con dicha investigación. Si el propósito de esta autorización es revelar información de salud a otro partido basado en la atención de salud que se proporciona únicamente para obtener esa información, y me niego a firmar esta autorización, reservamos el derecho a negar la asistencia sanitaria. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que sea utilizada o divulgada. En relación con mi derecho de revocación mencionado anteriormente, permito revocar esta autorización excepto en la medida en que se han tomado medidas en dependencia de esta autorización o si esta autorización se obtiene como condición para obtener cobertura de seguros, otra ley proporciona a la compañía de seguros con el derecho a impugnar una reclamación en virtud de la póliza o la propia póliza.

Una copia de este formulario firmado se le proveerá al individuo.

Firma del Consumidor y fecha

Firma del Cuidador Legal y fecha (si corresponde)

Autoridad de representante autorizado (por ejemplo, representante legal para el cuidado de salud, guardián, otra autorización legal) (si corresponde) _____

Fecha de Expiración: _____ Firma del testigo y fecha _____

Si cualquiera de las siguientes disposiciones se aplican, por favor firme:

Entiendo que se proveerá información sobre uso indebido de drogas o alcohol

Firma del Consumidor: _____ Fecha: _____

Entiendo que se proveerá información relativa a mi diagnóstico psiquiátrico o psicológico.

Firma del Consumidor: _____ Fecha: _____

Entiendo que se proveerá información sobre el diagnóstico de SIDA y/o HIV y los resultados de pruebas de laboratorio.

Firma del Consumidor: _____ Fecha: _____

Personal de la agencia que provee la información: _____