

INFORME DE AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR

Yo, _____, estoy consciente de que gracias a los fondos para el tratamiento aprobados por el condado, estoy participando en el Grupo de la Dirección Administrativa del caso del Departamento de Servicios de Prevención contra las drogas y el alcoholismo del Condado de Chester. Tengo pleno conocimiento de que el Grupo de la Dirección Administrativa del caso (CMU) va a hacer lo siguiente:

- Completar y/o revisar mis evaluaciones y autorizar la ayuda de fondos del condado según sea necesario y/o apropiado.
- Monitorear mi participación en el tratamiento para garantizar la continuidad idónea.
- Completar los seguimientos imprevistos para revisar la efectividad del tratamiento.

Tengo conocimiento de que como parte de mi participación en el grupo (CMU) estoy de acuerdo en:

- Continuar todo el tratamiento y apoyar los servicios según sea recomendado.
- Completar todos los cuestionarios de seguimiento con algún representante del grupo CMU, según lo requiera el caso.

Tengo conocimiento de que en caso de fracasar en el cumplimiento de lo antes expuesto, puedo ser expulsado del grupo de CMU. Esto implica que será terminada de facto la ayuda de los fondos autorizados y el apoyo de los servicios según lo decida el grupo CMU.

Tengo conocimiento de que en caso que yo rehuse a los fondos del grupo de la Dirección administrativa del caso o no esté de acuerdo con otras decisiones, ya sean negarme o terminar los servicios, el tiempo de permanencia o administración del tratamiento, el nivel de atención y determinación de la responsabilidad financiera. Yo tengo el derecho de apelar esta decisión. Debo hacer la apelación siguiendo los pasos estipulados en el Procedimiento de apelación y Reclamación del grupo CMU.

He recibido una copia completa del SCA Procedimiento de reclamación del Condado de Chester.

El grupo de CMU me ha explicado claramente todo y tengo pleno conocimiento de lo antes expuesto.

firma del cliente

firma del testigo

fecha

fecha