



Página de assinatura de pacote inicial

Nome do cliente: _____ MR# _____

Livrè Prensip yo:

- Políticas do manual
- Direitos e Responsabilidades do cliente
- Política de Não Comparência às Consultas
- Relatório de crianças desaparecidas
- Procedimento de Reclamação
- Comité de Defesa dos Direitos Humanos
- Aviso de Práticas de Privacidade
- Política Financeira
- Declaração escrita com o propósito para cobrança de números de segurança social

Ao assinar abaixo reconheço que recebi uma cópia do Manual de Clientes do Centro Parental. Foi-me dada a oportunidade de ler as políticas e informações acima referidas, que estão no Manual, e fazer perguntas ao meu médico sobre qualquer política.

Consentimento para o Tratamento:

Ao assinar abaixo, dou consentimento para que o pessoal do *Community Partners of South Florida (CPSFL)*. Inc. administrasse a avaliação e o tratamento. Eu entendo que o Centro Pais e Filhos, Inc. é um local de formação para uma variedade de estudantes profissionais e que o estudante, estagiário ou estagiário registado, sob a supervisão de um profissional licenciado, pode prestar alguns serviços. Compreendo que não esteja a ser dada qualquer garantia ou segurança aos resultados que possam ser alcançados. Além disso, tenho o direito de recusar o tratamento a qualquer momento.

Cliente

Data

Pai/Guardião ou Tutor se o cliente é menor que 18 anos

Data

Testemunha

Data



AUTORIZAÇÃO DE FATURAÇÃO MEDICAID/PHB

Nome do cliente: _____ DOB: _____ MR # _____

Isto autorizará o *Community Partners of South Florida (CPSFL)*. a libertar informação médica genérica, bem como informação psiquiátrica/psicológica, dos meus registos de saúde de acordo com os Estatutos da Flórida 90.242.490,32 e ou 458.16 e 458.21 para MEDICAID e PHP.

Uma autorização médica genérica e intimação duces tecum, sem uma autorização específica para divulgar informações psiquiátricas/psicológicas deve ter esta autorização do paciente ou do seu representante legal.

Registo a utilizar para faturação MEDICAID/PHP.

Compreendo que tenho o direito de recusar esta autorização e que a facilidade acima referida é libertada de toda a responsabilidade legal que possa resultar da divulgação das informações solicitadas.

PROIBIÇÃO DE DIVULGAÇÃO: Esta informação foi-lhe divulgada a partir de registos cuja confidencialidade está protegida por lei. Qualquer nova divulgação é estritamente proibida.

Esta autorização será válida durante a duração dos serviços nesta instalação com o objetivo de fornecer informações ao gabinete MEDICAID/PHP para o pagamento da responsabilidade incorrida por este doente e familiar.

Cliente

Data

Pai/Guardião ou Tutor se o cliente é menor que 18 anos

Data

Testemunha

Data



Community Partners of South Florida (CP) Manual do Cliente

Direitos e Responsabilidades do Cliente	Página 2
Política de Não Comparência	Página 3
Crianças desaparecidas	Página 4
Procedimento de reclamação	Página 5
Comissão de Defesa dos Direitos Humanos	Página 6
Aviso de Práticas de Privacidade	Página 7
Política Financeira	Página 10
Declaração escrita de propósito para a da recolha de Números de Segurança Social	Página 11



POLÍTICA DE NÃO COMPARÊNCIA

DIYITE ENDIVIDYEL: Kliyan an ak fanmi li dwe trete avek respè ak koutwazi. Ajans lan pa fè diskriminasyon nan fason yo founi sèvis yo. Yo pa ka refize okenn moun sèvis sou baz koulè, ras, relijyon, oryantasyon seksyèl, orijin nasyonalite, sèks oswa salè. Tout sèvis yo volontè epi prensip ak pwosedi òganizasyon an asire ke konsomatè ki jwenn sèvis la ka refize nenpòt sèvis, tretman, oswa medikaman, sof li lalwa oswa tribinal egzije sa. Yo pa ka refize okenn manm sèvis kèlkeswa andikap li genyen. Yo pral pataje enfòmasyon sou rezon pou tretman, benefis, efè segondè ki kouran, altènativ ak dire apwoksimatif tretman an.

PATISIPE NAN TRETMAN & PLAN EGZEYAT: Kliyan an ka dakò oswa refize tretman, dapre preskriksyon lalwa. Kliyan an pral resevwa tretman pèsonalize nan yon fason ki mete mwens restriksyon posib. Kliyan an pral patisipe nan tout planifikasyon pou tretman ak egzeyat epi evalyasyon sèvis yo.

KALITE TRETMAN: Pwofesyonèl konpetan pral founi tretman pou tout moun ke ajans lan bay sèvis.

KONSANTMAN RAPID APRE BONJAN ENFOMASYON: Yon gadyen pral oblije bay konsantman espesifik apre bonjan enfòmasyon pou admisyon ak tretman pou yon kliyan minè. Kliyan an oswa gadyen an ka revoke konsantman an nenpòt lè.

KONFIDANSYALITE: Rejis klinik yokonfidansyèl epi yo konsève nan andwa ki sekirize. Enfòmasyon kliyan yo pa ka devwale san pèmision ekri, sof si lalwa mande pou rapòte l. Enfòmasyon yo ka devwale pou pwoteje kliyan an pou l pa fè tèt li mal oswa menase lòt moun. Ou ka chwazi pale avèk moun kote ou jwenn sèvis ou a eswa pa tèks oubyen imèl, men konnen ke metòd sa yo limit konsènan sekirite ak entimite.

AKSE NAN REJIS YO: Kliyan ak gadyen an gen dwa pou revise rejis yo, sof si lalwa entèdi sa, oswa li ka poze danje pou moun lan.

ENFOMASYON SOU PEMAN: Kliyan an ak gadyen an gen dwa pou konnen metòd yo chgaje yo ak peman.

PLENT AK DOLEYANS: Kliyan ak gadyen an gen dwa pou depoze yon plent fòmèl nan itilize Pwosedi Doleyan ajans lan, ki se yon pati nan Manyèl sa. Si yon kliyan gen yon andikap oswa gadyen an santi ke dwa yo te cyole, yo ka kontakte Disability Rights Florida nan 1-800-342-0823, oswa 1-800-346-4127 (TTY/TDD), oswa Biwo US Department of Health & Human Services Biwo Civil Rights nan 1-800-368-1019 oswa TDD 1-800-537-7697 oswa Florida Communication Human Relations 1-850-7082.



RESPONSABLITE KLIYAN AK GADYEN: Kliyan ak gadyen an gen responsablite pou founi enfòmasyon presi ak konplè konsènan kliyan an. Kliyan ak gadyen an gen responsablite pou poze kesyon lè yo pa konprann enfòmasyon/enstriksyon yo. Kliyan ak gadyen an yo responsab pou patisipe nan tretman an. Yo pral notifiye pwofesyonèl la si yo pa ka oswa pa vle suiv rekòmandasyon yo nan tretman an, epi si yo pa ka kenbe yon randevou ki te planifye.

JERE KONPOTMAN: CP pa employé nenpòt moun ak konpòtman ki restrikté. Nou bay kliyan yo libète San limit, pou yo ka fè sa yo vlé. Nou pa dakò é nou pa supòté pou kliyan nou ta santi yo izolé, konkrent, oswa pou yo gennen. CP promoté yon anviwònman ki bèl, yon kilti ki konsantré pou nou fè kliyan yo konfòtab. Sa démontré yon respè mityèl ant emplwayé yo é kliyan yo.



POLÍTICA DE NÃO COMPARÊNCIA

A fim de prestar serviços de qualidade para o maior número de famílias possível, a seguinte política será aplicada relativamente às marcações falhadas por não comparência:

Uma nomeação falhada por não comparência é definida como uma nomeação agendada que é perdida, sem aviso prévio aos Community Partners of South Florida (CP) vinte e quatro (24h) horas antes da hora de marcação. Também, clientes que chegam mais de quinze (15min) minutos após a hora agendada podem ser considerados como ter falhado a consulta.

Para qualquer cliente, que tenha falhado duas consultas agendadas consecutivas dentro de um programa, será comunicado à equipa de tratamento da CP para rescisão de serviços.

Ao agendar uma consulta, certifique-se de que a altura é conveniente para todos os membros da família em causa e que existe transporte disponível.



RELATÓRIO DE CRIANÇAS DESAPARECIDAS

Os Community Partners of South Florida (CP) estão empenhados em instruir todos os cuidadores (incluindo familiares e não-parentes) para fazer imediatamente o seguinte, conforme aplicável, e documentar as suas tentativas ao descobrir que uma criança ao seu cuidado, está desaparecida:

Se existirem circunstâncias urgentes e forem necessárias medidas imediatas:

- (1) Chame a polícia local assim que for determinada a falta da criança e pergunte ao agente para:
 - (a) Fazer um relatório da criança desaparecida.
 - (b) Atribuir um número de ocorrência e fornecer esse número ao cuidador ou pessoa que reportou a criança desaparecida.
 - (c) Fornecer uma cópia do relatório da ocorrência, quando estiver disponível.
- (2) Se o agente da lei que responde se recusar a fazer um relatório sobre a criança desaparecida, por qualquer motivo, solicite o nome do agente e o nome específico do posto a que pertence. Contacte imediatamente o prestador de serviços da CP responsável pela criança para reportar esta informação. O prestador de serviços passará esta informação ao Centro de Informação do Departamento de Polícia de Crianças Desaparecidas que por sua vez, entrará em contato com a FDLE para solicitar assistência na obtenção do relatório da criança desaparecida.

Se não existirem circunstâncias urgentes:

- (1) Na primeira hora, verifique se, se houver, dos pertences pessoais da criança ou se a criança deixou um bilhete.
- (2) Ligue para as seguintes pessoas para verificar se a criança foi vista ou se deu quaisquer indicações que possam explicar o desaparecimento da criança
 - (a) Professores de escolas/crianças;
 - (b) Os familiares/pais da criança que vivem na zona geográfica, se for caso disso;
 - (c) Quaisquer amigos ou locais que a criança geralmente frequenta, o abrigo local de foragidos (se houver um na comunidade); e,
 - (d) O empregador da criança, se aplicável.
- (3) Escreva todas as informações recolhidas que possam ajudar a localizar a criança.
- (4) Fornecer números de telefone e pedir aos indivíduos acima para ligar e partilhar informações se eles obterem mais informações ou virem a criança.
- (5) Escreva o que a criança vestia da última vez que foi vista e obtenha uma fotografia recente.

Se em algum momento a criança voltar, todas as agências policiais e outras agências que tenham sido envolvidas quando a criança estava desaparecida deverão ser contactadas imediatamente. Se em qualquer momento forem obtidas novas informações sobre a localização da criança, toda as agências envolvidas no desaparecimento da criança deverão ser contactadas imediatamente e promover esforços adequados para devolver a criança a casa.

*Circunstâncias urgentes significam situações que exigem ações imediatas, como a criança ser menor de 13 anos, acreditar-se estar fora da zona de segurança para a sua idade e desenvolvimento, mentalmente incapacitado, em situação ameaçadora para a sua vida, na companhia de outros que possam pôr em perigo o seu bem-estar ou estar ausente em circunstâncias que não sejam consistentes com os seus comportamentos normais.



PROCEDIMENTO DE RECLAMAÇÃO

Sempre que você ou o seu pai/tutor legal pensa que uma ação tomada por um funcionário da Community Partners of South Florida (CP) é injusta, ou acredita que está a ser tratado de forma injusta, tem o direito de apresentar uma queixa. Esta queixa chama-se reclamação.

Para apresentar uma queixa ou reclamação, deve proceder da seguinte forma:

1. Tente resolver as suas diferenças com o seu gestor, terapeuta ou outro pessoal. Se não puder fazê-lo a seu gosto, eles irão encaminhá-lo para o seu supervisor e você pode apresentar uma queixa formal por escrito.

2. Escreva a sua reclamação numa folha de papel simples, indicando todos os factos e entregue-a ao Departamento de Melhoria da Qualidade da CP. O Departamento de Melhoria da Qualidade pode ser contactado através do número (561) 841-3500.

3. No prazo de quinze (15) dias após a sua reclamação ao Departamento de Melhoria da Qualidade, discutiremos a reclamação consigo e com os seus pais/tutor jurídico e tentaremos chegar a um acordo ou a uma solução. Receberá uma carta indicando as ações tomadas em relação à sua reclamação e essa carta indicará também a resolução tal como acordado pelo Departamento de Melhoria da Qualidade, você e o seu pai/tutor legal.

4. Se, por qualquer motivo, não estiver satisfeito com o resultado da sua queixa, poderá apresentar recurso. O seu recurso deve ser feito por escrito, e entregue ao Chefe de Operações no prazo de quinze (15) dias após a recepção da carta de resposta. O seu recurso será revisto pelo Comité de Melhoria contínua da Qualidade e pelo Diretor Operacional. Receberá uma resposta escrita da comissão após (dez) 10 dias úteis.

NÃO SERÃO TOMADAS MEDIDAS CONTRA SI POR APRESENTAR QUEIXA.



COMITÉ DE DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS

Os seus direitos ao receber serviços na Flórida

- Direito de Dignidade Individual
- Direito ao Consentimento Expresso e Informado
- Direito à Comunicação, Relato de Abusos e Visitas
- Direito ao Cuidado e Custódia de Bens Pessoais
- Direito de voto nas Eleições Públicas
- Direito à Educação para Crianças
- Direito de Participar no Planeamento de Tratamento e Quitação
- Direito ao Tratamento
- Direito ao Tratamento de Qualidade
- Direito de Voto nas Eleições Públicas
- Direito de Pedir uma Ordem Judicial
- Direito aos Registos Clínicos
- Direito de Designar Representantes

Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (US Department of Health & Human Services
Office of Civil Rights)

1-800-368-1019

1-800-537-7697 (TDD)

www.disabilityrightsflorida.org

Direitos de Invalidez Florida (Disability Rights Florida)

1-800-342-0823 ou 1-800-346-4127 (TTY/TDD)

Direitos de Invalidez Flórida é uma organização sem fins lucrativos que presta serviços de proteção e advocacia no Estado da Florida.

– A sua missão é promover a qualidade de vida, dignidade, igualdade, autodeterminação e liberdade de escolha de pessoas com deficiências através da colaboração, educação, advocacia, bem como estratégias legais e legislativas.

AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

ESTE AVISO DESCREVE COMO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO PODE OBTER ACESSO A ESTA INFORMAÇÃO.

POR FAVOR, LEIA CUIDADOSAMENTE.

Data efetiva deste Aviso e Política: 14 de abril de 2003

1. OBJETIVO: Os parceiros comunitários da Florida do Sul (CP) e o seu pessoal profissional, funcionários e estagiários seguem as práticas de privacidade descritas no presente aviso. O CP mantém a sua informação de saúde mental em registos que serão mantidos e protegidos de forma confidencial, como exigido por lei. Por favor, note que para lhe fornecer os melhores cuidados e tratamentos possíveis, todo o pessoal profissional envolvido no seu tratamento e colaboradores envolvidos nos cuidados de saúde podem ter acesso aos seus registos.

2. EM QUE CONSISTE O TRATAMENTO E CUIDADOS DE SAÚDE?

O seu tratamento inclui a partilha de informações entre prestadores de cuidados de saúde mental que estão envolvidos nos seus serviços de saúde mental. Por exemplo, se estiver a consultar um médico (psiquiatra) e um psicoterapeuta, estes podem partilhar informações do processo nos seus tratamentos. Os registos de tratamento podem ser revistos como parte de um processo em curso direcionado para assegurar a qualidade das operações da Organização. Os membros do pessoal designados pelo Comité de Melhoria da Qualidade podem aceder periodicamente aos registos clínicos para verificar se as normas da Organização são cumpridas.

3. COMO É QUE OS Community Partners of South Florida (CP) USARÃO AS MINHAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE?

Os seus registos pessoais ficarão retidos pela CP durante aproximadamente sete (7) anos após o seu último contacto clínico. Depois desse tempo decorrido, os seus registos serão apagados, triturados, queimados ou destruídos de uma forma que proteja a sua privacidade. As cópias dos registos de serviços que tenham sido distribuídos a outras entidades podem continuar a existir e a ser geridas pelas suas políticas internas. Até que os registos sejam destruídos, podem ser utilizados para os seguintes fins, a menos que solicite restrições sobre uma utilização ou divulgação específicas:

- Lembretes de marcação e notificação quando uma nomeação é cancelada ou reagendada;
- Como exigido por lei;
- Para fins de saúde pública, como denúncia de abuso ou negligência infantil ou de idosos; relatar reações a medicamentos; controlo de doenças infecciosas; notificar as autoridades de suspeita de abuso, negligência ou violência doméstica (se concordar ou conforme exigido por lei);
- Atividades de supervisão da saúde mental, por exemplo, auditorias, inspeções ou investigações de administração e gestão da CP;
- Processos e litígios;



- Aplicação da lei (por exemplo, em resposta a uma ordem judicial ou outro processo judicial) para identificar ou localizar um indivíduo que está a ser procurado pelas autoridades; sobre a vítima de um crime em circunstâncias restritas; sobre uma morte que possa ser resultado de conduta criminosa; sobre conduta criminosa que ocorreu na prática; quando ocorrem circunstâncias de emergência relacionadas com um crime;
- Prevenir uma ameaça grave à saúde ou à segurança;
- Realizar serviços de saúde mental e através de serviços de transcrição e faturação;
- Às autoridades de comando militar se for membro das forças armadas ou membro de uma autoridade militar estrangeira.
- Atividades de segurança e inteligência nacional;
- Proteção do Presidente ou de outras pessoas autorizadas para chefes de Estado estrangeiros ou para a realização de investigações especiais.
- As notas de psicoterapia que são mantidas em separado do registo gozam de proteção especial e exigem autorização para consulta, com certas exceções.
- As notas de psicoterapia excluem a prescrição e monitorização de medicamentos, os horários de início e paragem da sessão de aconselhamento, as modalidades e frequências dos serviços de habitação de apoio prestados, os resultados dos testes clínicos e qualquer resumo dos seguintes itens: diagnóstico, estado funcional, plano de tratamento, sintomas, prognóstico, e progresso até à data, emprego, aplicação, utilização, exame ou análise de tais informações dentro de uma entidade que mantém essa informação.
- A informação sobre o consumo de álcool e drogas tem proteções especiais de privacidade. A CP não divulgará nenhuma informação que identifique um indivíduo como sendo cliente ou forneça qualquer informação de saúde mental ou médica relativa a um cliente que abuse de substâncias aos serviços de saúde mental a menos que: (i) o cliente consinta por escrito; (ii) uma ordem judicial exija a divulgação das informações; (iii) o pessoal médico necessita de informações para responder a uma emergência médica; (iv) pessoal qualificado utilize as informações para efeitos de realização de investigações, auditorias de gestão ou avaliação de programas; ou (v) é necessário denunciar um crime ou uma ameaça para cometer um crime ou denunciar abusos ou negligências conforme exigido por lei.

4. A SUA AUTORIZAÇÃO É NECESSÁRIA PARA OUTRAS DIVULGAÇÕES. Excepto como descrito anteriormente, não usaremos ou divulgaremos informações do seu registo a menos que você autorize por escrito para fazê-lo. Pode revogar a sua permissão, que só será eficaz após a data da sua revogação por escrito.

5. TEM DIREITOS SOBRE AS SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS.

Tem os seguintes direitos relativos às suas informações de saúde, desde que faça um pedido por escrito para invocar o direito no formulário fornecido pela CP



Direito de solicitar restrição. Poderá solicitar limitações à sua informação de saúde mental que possamos divulgar, mas não somos obrigados a concordar com o seu pedido. Se concordarmos, cumprimos o seu pedido a menos que a informação seja necessária para lhe fornecer serviços de saúde mental de emergência.

Direito às comunicações confidenciais. Pode solicitar comunicações de uma determinada forma ou de um determinado local, mas tem de especificar como ou onde pretende ser contactado.

Direito de inspeção e cópia. Pode ter o direito de inspecionar e copiar as suas informações de saúde mental sobre decisões sobre os seus cuidados; no entanto, as notas de psicoterapia não podem ser inspecionadas e copiadas. Podemos cobrar uma taxa por copiar, enviar e fornecer. Em circunstâncias limitadas, o seu pedido pode ser negado; pode solicitar a revisão da negação por outro profissional licenciado de saúde mental escolhido pela CP. Os Community Partners of South Florida (CP) cumprirão os resultados da revisão.

Direito a solicitar esclarecimentos do registo. Se acredita que a informação que temos sobre si está incorreta ou incompleta, poderá pedir para adicionar informações esclarecedoras. Pode pedir um formulário para o efeito e o formulário requer certas informações específicas. A CP não é obrigada a aceitar a informação que propõe.

Direito à contabilidade das divulgações. Pode solicitar uma lista das divulgações das suas informações de saúde mental que tenham sido feitas a pessoas ou entidades que não seja para serviços de saúde mental ou operações de cuidados de saúde nos últimos oito (8) anos, mas não antes de 14 de abril de 2003.

Direito a uma cópia deste Aviso. Pode solicitar uma cópia em papel deste Aviso a qualquer momento, mesmo que lhe tenha sido fornecida uma cópia electrónica. Pode imprimir uma cópia deste aviso em qualquer site clínico que forneçamos.

6. REQUISITOS RELATIVOS A ESTE AVISO. Community Partners of South Florida (CP) são obrigados a fornecer-lhe este Aviso que rege as nossas práticas de privacidade. Os Community Partners of South Florida (CP) podem alterar as suas políticas ou procedimentos no que diz respeito às práticas de privacidade. Se e quando ocorrerem alterações, as mudanças serão eficazes para informações de saúde mental que temos sobre si, bem como qualquer informação que recebamos no futuro. Sempre que vier à CP para uma marcação, poderá pedir e receber uma cópia do Aviso de Privacidade que está em vigor no momento.

7. RECLAMAÇÕES.

Se acredita que os seus direitos de privacidade foram violados, pode apresentar uma queixa à CP ou ao Gabinete de Direitos Cívicos do HHS. Não será penalizado ou repreendido de forma alguma, por apresentar uma queixa.

Contacto: Ligue para a CP e peça para falar com a pessoa/funcionário responsável pela privacidade pelo **telefone 561-841-3500.**

Se tiver alguma reclamação; se tiver alguma dúvida sobre este aviso; se desejar solicitar restrições à utilização e divulgação de cuidados de saúde, serviços de saúde mental ou operações; pode obter qualquer um dos formulários mencionados para exercer os seus direitos individuais acima descritos.



PROCEDIMENTOS FINANCEIROS

Segue-se uma declaração da nossa Política Financeira que lhe pedimos que leia e reconheça a recepção de antes do início do tratamento.

PAGAMENTO

O seu pagamento é devido no momento do serviço. Aceitamos cheques, dinheiro, ordens de dinheiro ou Mastercard/Visa. O adulto que acompanha um menor é responsável pelo pagamento.

PLANOS DE MEDICAID

A Medicaid contrata diretamente com Community Partners of South Florida (CP), pelo que a CP é responsável pela cobrança de co-pagamentos no momento do serviço. Se em algum momento o seu Medicaid for encerrado, é da sua responsabilidade ligar para o nosso escritório para discutir a negociação de taxas. Se não for feita nenhuma tentativa de contactar o nosso escritório, será responsável pela taxa total por quaisquer serviços incorridos após a data de rescisão do Medicaid.

SEGUROS GERIDOS PLANOS DE CUIDADOS

Apresentar o seu pedido de seguro e solicitar a autorização inicial ou pré-certificação é uma cortesia que lhe oferecemos. Se faz parte de um plano para o qual somos prestadores participantes, todos os co-pagamentos e deduções são devidos no momento em que os serviços são prestados.

Informamos que se, em qualquer momento, o seu seguro for rescindido, é da sua responsabilidade ligar para o nosso escritório para discutir a negociação de taxas. Se não for feita nenhuma tentativa de contactar o nosso escritório, será responsável pela taxa total por quaisquer serviços incorridos após a rescisão da data do seu seguro.

Community Partners of South Florida (CP) estão empenhados em fornecer o mais alto nível de tratamento aos nossos pacientes. Cobramos o que é costume e habitual para esta região. Você é responsável pelo pagamento, independentemente da determinação arbitrária de qualquer companhia de seguros de taxas habituais e habituais. As taxas para os serviços são avaliadas individualmente e discutidas consigo com antecedência.

Obrigado por ler a nossa Política Financeira. Entre em contato com a CP em (561) 841-3500 e peça para falar com um Representante do Departamento de Faturação se tiver alguma dúvida ou preocupação.



DECLARAÇÃO ESCRITA DE FINALIDADE PARA COBRANÇA DE NÚMEROS DE SEGURANÇA SOCIAL

Pela Lei da Flórida, os Community Partners of South Florida (CP) são obrigados a estabelecer, por escrito, fins para os quais recolhe números de segurança social. O PCC é ainda obrigado a fornecer às pessoas a quem recolhe um número de segurança social uma cópia da declaração escrita que estabelece esses mesmos fins.

Certos programas e serviços prestados aos membros do público por e através da CP são financiados total ou parcialmente pelo Departamento de Crianças e Famílias (DCF). Uma organização que forneça programas ou serviços financiados total ou parcialmente pela DCF pode partilhar com a DCF o número de segurança social de uma pessoa que seja beneficiária de tais programas ou serviços. Por conseguinte, a CP recolhe os números da segurança social para os seguintes fins:

- Pesquisar, acompanhar e medir o impacto de programas e serviços financiados pelo DCF num esforço para manter e melhorar tais programas e serviços para o futuro (a informação individual não será divulgada).
- Identificar e combinar indivíduos e dados dentro e entre vários sistemas e outras agências para fins de investigação.
- Se aplicável, partilhar informações com o Departamento de Saúde da Flórida para efeitos de financiamento da Medicaid.



FICHA FINANCEIRA E ACORDO DE PAGAMENTO

Nome do cliente: _____

MR # _____

A Community Partners of South Florida é uma empresa sem fins lucrativos, apoiada em parte pelo Estado da Flórida, contribuições privadas e taxas de serviço. As taxas que recebemos são uma parte essencial da nossa capacidade de continuar a prestar serviços à comunidade.

Se o seu plano de seguro exigir um co-pagamento pelos serviços prestados pelos Community Partners of South Florida (CP) será responsável pelo pagamento dessas taxas.

Se não tiver um dos planos de seguro que aceitamos e não estiver coberto por outro pagador ou perder a cobertura durante o seu tratamento, será responsável pelo copagamento determinado pela tabela de taxas de deslizamento anexada. A taxa completa de serviço é fornecida na lista anexa. O seu pagamento será devido no momento em que os serviços forem prestados.

Esta informação será utilizada para determinar o desconto com uma escala de taxa variável para clientes que não tenham Medicaid ou outra cobertura de seguro. Esta informação é necessária para todos os candidatos ao serviço devido aos requisitos de reporte de dados estatais e distritais.

Número de adultos no agregado familiar: ____ Número de crianças no agregado familiar: _____

Por favor, enumere o seu rendimento anual bruto do seu agregado familiar: \$ _____

ou rendimento mensal bruto: \$ _____

Por favor, enumere o valor em dólares de quaisquer bens listados em seu nome (inclua contas de verificação/poupança): \$ _____

Contrato de Pagamento

Compreendo e concordo que o meu pagamento por estes serviços será descrito abaixo. Se as circunstâncias mudarem, afetando assim os rendimentos de uma família, este acordo será renegociado. Concordo ainda em fazer o pagamento no momento em que os serviços são prestados ou após a receção da minha declaração mensal.



Com base na escala de taxas variável, o seu copagamento/responsabilidade será:

SERVIÇO	HONORÁRIO
Avaliação Biopsicossocial	
Breve exame de estado de saúde comportamental	
Plano de Tratamento	
Revisão do Plano de Tratamento	
Escala de classificação de avaliação funcional	
Terapia Individual/Familiar	
Gestão de Casos Direcionados	
Serviço terapêutico comportamental no local	
Avaliação aprofundada	
0-5 Avaliação	
Terapia de Grupo	

Progenitor/Tutor Legal _____

Data _____

Testemunha _____

Data _____

