



Public Health
Prevent. Promote. Protect.
Somerset County
Health Department

Departamento de Salud del condado de Somerset

8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871
443.523.1700 ☎ Fax 410.651.5680 ☎ Teléfono de texto 1-800-735-2258

Funcionaria de salud Danielle Weber, máster en Ciencias, enfermera registrada
(MS, RN, por sus siglas en inglés)

Instrucciones para completar el Formulario de apoyo al/a la consumidor/a de la Autoridad de Salud Conductual Local de Somerset y el Formulario de autorización para la divulgación de información confidencial

Formulario de apoyo al/a la consumidor/a Las secciones están numeradas para poder brindar una explicación más sencilla de lo que se requiere. La solicitud será devuelta si no se completan todas las secciones correspondientes.

Solo los/as jefes/as de familia son elegibles para solicitar fondos de apoyo al/a la consumidor/a

Sección 1: La información del/de la consumidor/a y de la vivienda debe completarse en esta sección.

Sección 2: La persona debe ser consumidor/a del Sistema Público de Salud Mental.

- Se debe completar un Formulario de autorización para la divulgación de información confidencial para el/la proveedora de salud mental del/de la consumidor/a si la persona/agencia que completa el formulario no es el/la proveedor/a de salud mental.
- Si el/la consumidor/a no cuenta con asistencia médica (MA, en inglés), deberá solicitarla.
- Verifique que el/la consumidor/a haya solicitado la MA y que presente una declaración escrita donde afirme que ha presentado la solicitud; si no califica, que indique por qué.
- Indique qué tipo de cobertura tiene el/la cliente/a, en caso de tenerla.

Sección 3: Describa qué ayuda se necesita y responda todas las preguntas. Si la asistencia solicitada no es por necesidad, explique cómo esto ayudaría con su tratamiento de salud mental.

- La Autoridad Local de Salud Conductual (LBHA, en inglés) de Somerset puede brindar asistencia para depósitos de seguridad, pagos de alquileres atrasados, pagos de hipotecas atrasados, pagos de servicios públicos atrasados y depósitos de servicios públicos. No brindamos asistencia para anteojos, necesidades dentales, ropa o muebles.

Sección 4: Si se trata de un gasto recurrente (por ejemplo, alquiler, servicios públicos), explique las circunstancias que han hecho que el/la consumidor/a no pueda pagar el gasto y, una vez que se haya puesto al día, explique cómo podrá seguir pagando. Si se trata de un gasto único, explique por qué el/la consumidor/a no puede pagar.

- **Si es una solicitud de un medicamento:** verifique que se haya accedido a otras fuentes de medicamentos y proporcione un comunicado que haga referencia a las fuentes. Deberá incluirse copia de las recetas.
- Incluya todos los ingresos de la vivienda, no solo los ingresos del/de la consumidor/a.
- Si solicita asistencia con recetas, utilizamos Apple Discount Drug para entregar la mayoría de las recetas (llame primero si es necesario utilizar otra farmacia); si solicita asistencia de laboratorio, utilizamos Quest Diagnostics.
- Incluya todos los gastos de la vivienda. Proporcione evidencia de todos los ingresos actuales de la vivienda o cualquier declaración de las prestaciones actuales, inclusive los cupones de alimentos.

Sección 5: Indique a quién debe hacerse pagadero el cheque e incluya información de contacto:

el/la beneficiario/a no puede ser el/la consumidor/a. Si la solicitud de pago es para un alquiler, se debe incluir un Formulario W-9.

Sección 6: Se requiere (con excepción de pruebas de laboratorio) que el/la cliente/a haya intentado obtener financiamiento de al menos otras tres fuentes para su necesidad económica. Complete la lista de verificación en esta sección.

El/La representante de la agencia que complete este formulario debe firmar y escribir su propio nombre y el nombre de la agencia .

También se debe completar un **Formulario de autorización para la divulgación de información confidencial** para el/la beneficiario/a (empresa o persona que recibe el pago), lo que nos permitirá analizar el pago.



Public Health
Prevent. Promote. Protect.
Somerset County
Health Department

Departamento de Salud del condado de Somerset

8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871
443.523.1700 ☒ Fax 410.651.5680 ☒ Teléfono de texto 1-800-735-2258

Funcionaria de salud Danielle Weber, máster en Ciencias, enfermera registrada
(MS, RN, por sus siglas en inglés)

Formulario de atención al consumidor

*****Solo los/as jefes/as de familia son elegibles para solicitar fondos de apoyo al/a la consumidor/a*****

Complete este formulario y las Autorizaciones para la divulgación de información confidencial de la persona y

envíelos a Sharon Creasy a sharonr.creasy@maryland.gov

(Lea las instrucciones del Formulario de apoyo al/a la consumidor/a antes de completarlo.)

Teléfono: 443-523-1700 | Fax: 410-651-3189

1. Nombre del/de la consumidor/a: _____ Fecha _____ de _____ nacimiento:

__ Nro. del Seguro Social: _____ Sexo: M F Raza: _____ Diagnóstico de salud mental: _____ Dirección: _____

Nro. de teléfono: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Condado: _____ Cantidad de adultos/as en la vivienda: _____

Indique los nombres: _____

Cantidad de niños/as en la vivienda: _____

Indique los nombres: _____

2. ¿En la actualidad, la persona es consumidora de Servicios Públicos de Salud Mental? Sí No

Proveedor de salud mental: _____

¿Cuánto tiempo lleva el/la consumidor/a en tratamiento de salud mental? ¿Cumple con las citas y los planes de tratamiento? Proporcione una breve descripción.

¿El/La consumidor/a cuenta con Asistencia Médica? Sí No

En caso afirmativo, indique el nro. de Asistencia Médica _____

En caso negativo, ¿el/la consumidor/a ha solicitado Asistencia Médica? Sí No

Fecha de solicitud: _____

Si no es elegible para Asistencia Médica, explique: _____

¿El/La consumidor/a tiene Medicare? Sí No

¿El/La consumidor/a no está asegurado/a (Área gris) y está registrado/a como tal en el Sistema Público de Salud Mental (PMHS, en inglés)? Sí No

En caso afirmativo, indique el nro. de identificación del Área gris: _____

3. ¿Qué asistencia se solicita? Proporcione una breve descripción de la asistencia necesaria:

¿La persona (vivienda) es capaz de pagar por este(os) artículo(s)? Sí No

¿Existe algún otro recurso que podría haber pagado por este(s) artículo(s)? Sí No

Importe total solicitado: \$ _____ (El condado de Somerset paga hasta \$1,000.)

4. Brinde detalles específicos de por qué el/la consumidor/a no puede cubrir los costos por su propia cuenta y cómo planea presupuestar esta necesidad en el futuro:

Tenga en cuenta todos los ingresos y gastos mensuales, así puede documentar la necesidad de asistencia económica.

Los ingresos **DEBEN** exceder los gastos o la solicitud será rechazada.

Total de ingresos mensuales de la vivienda:		Gastos:	
Salarios	\$	Alquiler/hipoteca	\$
Asistencia: SSI, SSDI, TDAP, TCA, Cupones de alimentos, etc.	\$	Electricidad	\$
Otros ingresos: manutención infantil, ayuda económica, ingresos por alquiler, etc.	\$	Gas/propano/calefacción	\$
Total	\$	Teléfono/Celular	\$
		Cupones de alimentos	\$
		Costo de los alimentos (aparte de los cupones de alimentos)	\$
		Factura de agua	\$
		Transporte (pago/seguro del vehículo, autobús, taxi)	\$
		Televisión por cable/Internet	\$
		Otro	\$
		Total	\$

5. Información de pago de cheques:

Los cheques solo pueden emitirse a nombre de una empresa que preste servicios al/a la consumidor/a.

Nombre del/de la beneficiario/a: _____

Dirección del/de la beneficiario/a: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____

6. Mencione todas las agencias con las que se ha contactado y anote el motivo de la aprobación/el rechazo. **Se requiere un mínimo de 3 agencias.**

Nombre de agencia	Persona de contacto	Número de teléfono	Motivo de rechazo
1.			
2.			
3.			

Asegúrese de que la lista de verificación esté completa antes de enviar la solicitud (marque el casillero con un tilde):

- Será necesario completar en su totalidad una autorización de divulgación de información por separado para cada agencia/empresa para que la LBHA pueda llamarla para analizar la solicitud.
- Si usted no es el/la proveedor/a de salud mental (MH, en inglés), ¿ha incluido una autorización de divulgación de información para el/la proveedor de MH del/de la consumidor/a?
- ¿Ha incluido una copia de la factura de servicios públicos, aviso de pago de alquiler vencido o documentos de desalojo?
Para los pagos de alquiler, también se debe incluir un Formulario W-9.
- ¿Ha incluido evidencia de todos los ingresos mensuales de la vivienda (recibos de pago, Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI, en inglés] u otro tipo de carta de beneficios)?
- ¿Ha incluido una copia de la receta o solicitud de laboratorio si corresponde?
- Si solicita asistencia de farmacia, proporcione una copia de la(s) receta(s).
**La LBHA solo puede ayudar con medicamentos psicotrópicos y pruebas con fines psiquiátricos.*
- Todas las secciones de esta solicitud se han completado en su totalidad y se adjunta la documentación de respaldo.

[*Envíe el formulario completo por correo electrónico a Sharon Creasy: sharonr.creasy@maryland.gov*](mailto:sharonr.creasy@maryland.gov)

Nombre de agencia: _____ Nro. de teléfono/Ext.: _____ Nombre del/de la representante: _____ Nro. de fax: _____ Firma del/de la representante de la agencia: _____ Fecha: _____

SÓLO PARA USO DE LA LBHA

Aprobado Rechazado

Fecha: _____ Importe:

\$ _____

Comentarios: _____

Firma: _____

Director/a / Autoridad Local de Salud Conductual del condado de Somerset



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Somerset County
Health Department

Departamento de Salud del condado de Somerset

8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871

443.523.1700 ☎ Fax 410.651.5680 ☎ Teléfono de texto 1-800-735-2258

Funcionaria de salud Danielle Weber, máster en Ciencias, enfermera

Lista de verificación de la Solicitud de apoyo al/a la consumidor/a

Proporcione la siguiente información, junto con la Solicitud de apoyo al/a la consumidor/a, a:
la LBHA del condado de Somerset, dirigido a: Sharon Creasy
sharonr.creasy@maryland.gov

- Solicitud completa**
- Autorización para divulgar/recibir información confidencial** para la LBHA del condado de Somerset y el Departamento de Salud del condado de Somerset: debe estar firmada y con fecha
(para poder analizar la solicitud con el/la encargado/a del caso)
- Autorizaciones múltiples** para divulgar/recibir información para el/la propietario/a / compañía de servicios públicos u otras empresas y la LBHA del condado de Somerset: deben estar firmadas y con fecha
(para poder analizar las necesidades de los/as clientes/as y lo que necesitamos de la empresa, el/la propietario/a o terceros/as para procesar la solicitud)
- Plan de tratamiento con objetivos del/de la proveedor/a:** este es un requisito establecido por la Administración de Salud Conductual para respaldar la necesidad de la solicitud y demostrar que el/la cliente/a está activamente en tratamiento.
- Documentación de otros tres recursos/empresas/iglesias** donde el/la cliente/a o el/la gestor/a del caso solicitó fondos (cartas, correos electrónicos, copia de recibos de pago)
- Ingresos:** adjunte documentación de ingresos del/de la cliente/a y todas las fuentes de la vivienda, incluidos los ingresos de otros miembros del hogar (salarios, SSI/Seguro por Incapacidad del Seguro Social [SSDI, en inglés]/Seguro Social [SS, en inglés], manutención infantil, pensión alimenticia, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP, en inglés], Asistencia Temporal en Efectivo [TCA, en inglés], etc.).
- Arrendamiento/Hipoteca:** necesario si solicita asistencia para la vivienda; el contrato de arrendamiento debe estar vigente/válido (no vencido).
- Formulario W9:** el Formulario W9 debe incluir el nombre de la empresa, la dirección, el tipo de empresa, el número de identificación fiscal federal o número del Seguro Social (debe estar firmado y con fecha por la persona autorizada en el lugar de la empresa).
- Factura o estado de cuenta:** la factura/el estado de cuenta debe reflejar lo que se debe en la cuenta del/de la cliente/a (debe estar firmada y con fecha por el/la propietario/a o empresa)
- Recibos/Cheques cancelados:** incluya copias de los recibos del/de la cliente/a si pagó una parte del gasto y documentación de las otras iglesias/empresas que contribuyeron a la solicitud de ayuda económica.

Las solicitudes para servicios adicionales se pueden encontrar en el sitio web del Departamento de Salud del condado de Somerset: somersethealth.org/behavioral-health/program-services



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Somerset County
Health Department

Departamento de Salud del condado de Somerset

8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871

443.523.1700 ☎ Fax 410.651.5680 ☎ Teléfono de texto 1-800-735-2258

Funcionaria de salud Danielle Weber, máster en Ciencias, enfermera

Autorización para la divulgación de información confidencial

Nombre del/de la cliente/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. de
identificación del/de la paciente: _____ Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____ Por la

presente autorizo al Departamento de Salud del condado de Somerset a: Obtener Divulgar
información a/de: _____

La siguiente información de mis registros (especifique el alcance o la naturaleza de la información que
desea obtener o divulgar): _____

El propósito de esta divulgación autorizada es: _____

Entiendo que mis registros de tratamiento por consumo de alcohol o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad y los Registros de Pacientes con Abuso de Drogas, la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., en inglés) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, en inglés) de las Partes 160 y 164 del Título 45 del C.F.R. Esta normativa le prohíbe divulgar la información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que se refiere o según se especifique en la normativa. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente a tal efecto. Las normas federales pueden restringir cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya actuado de acuerdo con dicho documento, y que en cualquier caso este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera:

Condiciones para el intercambio de información autorizada

Expiración: Esta autorización expirará un año después de la fecha de firma, a menos que se especifique a continuación por fecha o acontecimiento inferior a un año: Fecha: _____/_____/_____

Evento o condición: _____ **DERECHO**

DE REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito, pero no con carácter retroactivo a la divulgación de información ya realizada de buena fe.

UTILICE EL ESPACIO A CONTINUACIÓN SOLO SI EL/LA CLIENTE/A RETIRA SU CONSENTIMIENTO.

Fecha de autorización revocada por el/la cliente/a: _____/_____/_____

Firma del/de la cliente/a: _____ **DIVULGACIÓN POSTERIOR:** Se prohíbe a cualquier persona o agencia que reciba información sobre un/a cliente/a del Departamento de Salud del condado de Somerset divulgar el historial médico. Esto está prohibido según lo dispuesto en el Código Anotado de Maryland 4-303(b)(5)(ii).

FOTOCOPIA/FACSIMIL: Un fotocopia o facsímil de esta autorización se considera tan eficaz y válida como el original.

Firma del/de la cliente/a: _____ **Fecha:** _____

Testigo de la firma: _____ **Fecha:** _____



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Somerset County
Health Department

Departamento de Salud del condado de Somerset

8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871

443.523.1700 ☎ Fax 410.651.5680 ☎ Teléfono de texto 1-800-735-2258

Funcionaria de salud Danielle Weber, máster en Ciencias, enfermera

Autorización para la divulgación de información confidencial

Nombre del/de la cliente/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. de
identificación del/de la paciente: _____ Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____ Por la

presente autorizo al Departamento de Salud del condado de Somerset a: Obtener Divulgar
información a/de: _____

La siguiente información de mis registros (especifique el alcance o la naturaleza de la información que
desea obtener o divulgar): _____

El propósito de esta divulgación autorizada es: _____

Entiendo que mis registros de tratamiento por consumo de alcohol o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad y los Registros de Pacientes con Abuso de Drogas, la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., en inglés) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, en inglés) de las Partes 160 y 164 del Título 45 del C.F.R. Esta normativa le prohíbe divulgar la información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que se refiere o según se especifique en la normativa. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente a tal efecto. Las normas federales pueden restringir cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya actuado de acuerdo con dicho documento, y que en cualquier caso este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera:

Condiciones para el intercambio de información autorizada

Expiración: Esta autorización expirará un año después de la fecha de firma, a menos que se especifique a continuación por fecha o acontecimiento inferior a un año: Fecha: _____/____/____

Evento o condición: _____

DERECHO DE REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito, pero no con carácter retroactivo a la divulgación de información ya realizada de buena fe.

UTILICE EL ESPACIO A CONTINUACIÓN SOLO SI EL/LA CLIENTE/A RETIRA SU CONSENTIMIENTO.

Fecha de autorización revocada por el/la cliente/a: /_____/_____

Firma del/de la cliente/a: _____ **DIVULGACIÓN POSTERIOR:** Se prohíbe a cualquier persona o agencia que reciba información sobre un/a cliente/a del Departamento de Salud del condado de Somerset divulgar el historial médico. Esto está prohibido según lo dispuesto en el Código Anotado de Maryland 4-303(b)(5)(ii).

FOTOCOPIA/FACSIMIL: Un fotocopia o facsímil de esta autorización se considera tan eficaz y válida como el original.

Firma del/de la cliente/a: _____ **Fecha:** _____

Testigo de la firma: _____ **Fecha:** _____



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Somerset County
Health Department

Departamento de Salud del condado de Somerset

8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871

443.523.1700 ☎ Fax 410.651.5680 ☎ Teléfono de texto 1-800-735-2258

Funcionaria de salud Danielle Weber, máster en Ciencias, enfermera

Autorización para la divulgación de información confidencial

Nombre del/de la cliente/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. de
identificación del/de la paciente: _____ Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____ Por la

presente autorizo al Departamento de Salud del condado de Somerset a: Obtener Divulgar
información a/de: _____

La siguiente información de mis registros (especifique el alcance o la naturaleza de la información que
desea obtener o divulgar): _____

El propósito de esta divulgación autorizada es: _____

Entiendo que mis registros de tratamiento por consumo de alcohol o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad y los Registros de Pacientes con Abuso de Drogas, la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., en inglés) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, en inglés) de las Partes 160 y 164 del Título 45 del C.F.R. Esta normativa le prohíbe divulgar la información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que se refiere o según se especifique en la normativa. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente a tal efecto. Las normas federales pueden restringir cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya actuado de acuerdo con dicho documento, y que en cualquier caso este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera:

Condiciones para el intercambio de información autorizada

Expiración: Esta autorización expirará un año después de la fecha de firma, a menos que se especifique a continuación por fecha o acontecimiento inferior a un año: Fecha: _____/____/____

Evento o condición: _____

DERECHO DE REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito, pero no con carácter retroactivo a la divulgación de información ya realizada de buena fe.

UTILICE EL ESPACIO A CONTINUACIÓN SOLO SI EL/LA CLIENTE/A RETIRA SU CONSENTIMIENTO.

Fecha de autorización revocada por el/la cliente/a: _____/____/____

Firma del/de la cliente/a: _____

DIVULGACIÓN POSTERIOR: Se prohíbe a cualquier persona o agencia que reciba información sobre un/a cliente/a del Departamento de Salud del condado de Somerset divulgar el historial médico. Esto está prohibido según lo dispuesto en el Código Anotado de Maryland 4-303(b)(5)(ii).

FOTOCOPIA/FACSIMIL: Un fotocopia o facsímil de esta autorización se considera tan eficaz y válida como el original.

Firma del/de la cliente/a: _____ **Fecha:** _____

Testigo de la firma: _____ **Fecha:** _____