



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

Cuando recibe tratamiento o beneficios de Andrews Center, recibimos, creamos y mantenemos información sobre su salud, tratamiento y pago por los servicios. No usaremos ni divulgaremos su información sin su autorización (permiso) por escrito, excepto como se describe en este aviso.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:

- Usar o compartir su información médica con otros profesionales de la salud involucrados en su tratamiento o con una farmacia que está llenando su p rescription.
- Usar o compartir su información médica con su plan de salud para obtener el pago de los servicios o usar su información médica para determinar su elegibilidad para los beneficios del gobierno en un plan de salud.
- Usar o compartir su información médica para administrar nuestro negocio, evaluar el desempeño de los proveedores, educar a los profesionales de la salud o para actividades administrativas generales.

Podemos compartir su información médica con nuestros socios comerciales que necesitan la información para realizar servicios en nuestro nombre y estamos de acuerdo en proteger la privacidad y seguridad de su información médica de acuerdo con los estándares de la agencia.

Podemos usar o compartir su información médica sin su autorización según lo autorizado por la ley para nuestro directorio de pacientes, a familiares o amigos involucrados en su atención, o a una agencia de ayuda en casos de desastre con el fin de notificar a su familia o amigos sobre su ubicación y estado en un emergencia .

Podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización para comunicarnos con usted para las siguientes actividades, según lo permitan la ley y la política de la agencia: proporcionar recordatorios de citas; describir o recomendar alternativas de tratamiento; proporcionar información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés; o recaudación de fondos.

También podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización para los siguientes propósitos:

- Para actividades de salud pública, como informar enfermedades, lesiones, nacimientos o muertes a una autoridad de salud pública autorizada para recibir esta información, o para informar problemas de dispositivos médicos a la FDA;
- Para cumplir con las leyes de compensación laboral y programas similares;
- Para alertar a las autoridades apropiadas sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; si la agencia cree razonablemente que usted es víctima de
- abuso, negligencia o violencia doméstica, haremos todo lo posible para obtener su permiso, sin embargo, en algunos casos, es posible que se nos requiera o
- autorizado para alertar a las autoridades;
- Para actividades de supervisión de la salud como auditorías, investigaciones e inspecciones de las instalaciones del DSHS;
- Para investigaciones aprobadas por una Junta de Revisión Institucional o una junta de privacidad ; para prepararse para la investigación, como escribir una propuesta de investigación; o para la investigación de información de difuntos;



- Para crear o compartir información de salud anónima o parcialmente anónima (conjuntos de datos limitados);
- Para procedimientos judiciales y administrativos, como responder a una citación u otra orden legal;
- Para fines de aplicación de la ley, como identificar o localizar a un sospechoso o una persona desaparecida;
- A médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, según sea necesario para su trabajo;
- A organizaciones que se ocupan de la donación, obtención o trasplante de órganos, ojos o tejidos;
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad pública;
- Para funciones gubernamentales especializadas, como actividades militares y de veteranos , actividades de inteligencia y seguridad nacional, y para otras situaciones de custodia policial;
- Para divulgaciones incidentales, como cuando se escucha información en una sala de espera a pesar de los pasos razonables para mantener la información confidencial; y
- Según lo requiera o permita la ley local, estatal o federal.

Se aplican protecciones de privacidad adicionales bajo la ley estatal o federal a la información sobre abuso de sustancias , información sobre salud mental, cierta información relacionada con enfermedades o información genética. No usaremos ni compartiremos este tipo de información a menos que la ley lo autorice expresamente. No usaremos ni divulgaremos información genética con fines de suscripción.

Siempre obtendremos su autorización para usar o compartir su información con fines de marketing, para usar o compartir sus notas de psicoterapia, si hay un pago de un tercero, o para cualquier otra divulgación no descrita en este aviso o requerida por la ley. Tiene derecho a cancelar su autorización, excepto en la medida en que hayamos tomado medidas basadas en su autorización. Puede cancelar su autorización escribiendo al oficial de privacidad según se indica a continuación.

Reconocimiento

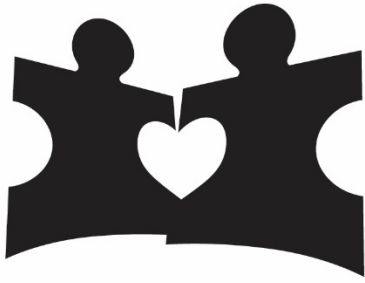
Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que puedo solicitar este consentimiento y hacer preguntas sobre estos documentos en cualquier momento.

Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigencia solo mientras sea necesario para cumplir con su propósito.

Mi consentimiento se dara libremente y entiendo que puede ser retirado en cualquier momento, aparte de cualquier acción que ya se haya tomado.

Firma del cliente o padre / tutor (si es menor de edad)

Fecha



TREATMENT & LEARNING CENTER

Piecing Together Our Community

Solicitud de Servicios

Andrews Center
Treatment and Learning Center
1710 West Front St.
Tyler, TX, 75702
903-593-4004 • Fax: 903-593-4121

Gracias por su interés en los programas de Autismo del Andrews Center. En el Treatment and Learning Center (TLC), nos dedicamos a unir nuestra comunidad en East Texas proporcionando un Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA) de calidad personalizado para satisfacer las necesidades de cada niño y enseñarles cómo comunicarse mejor e interactuar con su ambiente, familia, amigos y maestros.

TLC ofrece 3 programas:

- El Programa Autism Outreach es un programa de entrenamiento para padres que proporciona tratamiento de ABA a corto plazo con el niño y los miembros de la familia durante 3 horas a la semana y generalmente se financia con ingresos generales con una tarifa de escala móvil o a través de un programa de exención médica.
- El Programa Focused ABA es un programa enfocado que provee tratamiento ABA de 1: 1 a corto plazo durante 6 horas a la semana durante 6 meses con algún entrenamiento de los padres, y generalmente se financia a través de una subvención del Health and Human Services Commision (HHSC) de Tejas con un costo compartido.
- El Programa Comprehensive ABA es un programa integral que proporciona tratamiento intensivo 1: 1 de ABA 20-40 horas por semana, y es financiado a través de seguros y pagos privados.

Por favor, seleccione el programa para el que está aplicando:

- Programa Autism Outreach (3 hrs semanales, a corto plazo, Programa de Entrenamiento de Padres)
- Programa Focused ABA (6 hrs semanales, a corto plazo, programa enfocado)
- Programa Comprehensive ABA integral (20-40 hrs semanales, a largo plazo, programa integral)

Mi prioridad para el tratamiento:

- Reducción de comportamientos interferentes
- Incrementar el lenguaje funcional y habilidades de comunicación
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Otro: _____

¿Como supiste de nosotros?

- Referido por: _____

Otro: _____

TODA LA INFORMACIÓN EN LA SOLICITUD ES REQUERIDA PARA LOS SERVICIOS

INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA:

El día de hoy ____ / ____ / ____

Nombre Completo del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ N°. de Seguro Social: _____

Edad: ____ Sexo: ____ Idioma hablado: _____ Raza / Etnicidad: _____

Altura: _____ cm. Peso _____ Kg. Condado de Texas de residencia: _____

Dirección: _____

INFORMACION DE DIAGNOSTICO

Diagnóstico: _____

Doctor que proporcionó el Diagnóstico: _____

Edad del niño cuando fue diagnosticado: _____ El año el diagnóstico fue dado: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del padre o tutor: _____ Relación: _____

Dirección (si es diferente del niño): _____

Número de Teléfono: (Celular) _____ (Otro) _____

E-mail: _____

Nombre del padre o tutor: _____ Relación: _____

Dirección (si es diferente del niño): _____

Número de Teléfono: (Celular) _____ (Otro) _____

E-mail: _____

Tamaño de la familia: _____ Ingreso anual bruto para la familia: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tienes CHIP? Sí / No Número de CHIP: _____

¿Tienes Medicaid? Sí / No Número de Medicaid: _____

¿Tienes Medicare? Sí / No Número de Medicare: _____

¿Tienes Seguro? Sí / No Compañía de Seguros: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre del asegurado e fec. nac.: _____ Relación: _____

Nº. de Póliza: _____ Nº. de Grupo: _____

Por favor, proporcione la documentación requerida para la aplicación a todos los servicios de autismo:

- Informe de diagnóstico de autismo de un médico
- Copia de la tarjeta de seguro
- Copia de la licencia de conducir asegurada

Requerido para el Programa Focused ABA:

- Prueba de residencia en Texas
- Información tributaria o prueba de ingresos anuales

Requerido para el Programa Comprehensive ABA:

- O Diagnóstico de autismo completado usando pruebas ADOS2
- Prescripción o nota de un médico que dice que 35-40 horas a la semana de ABA es médicamente necesario

**Programa de Autismo
Atestación de costo compartido familiar**

Instructions to Contractors: If the family has an income tax return, use the adjusted gross income to determine the cost share. If the family does not have an income tax return, complete this form with the family to determine the annual income and deductions for the family. The parent or guardian of the child must sign the form attesting to the contractor that the information they provided on this form is correct.

Ingreso Bruto Anual

Sume todos los ingresos recibidos por las personas incluidas en de la familia, de cualquier fuente, que el Servicio de Impuestos Internos considere ingresos antes de que se apliquen las deducciones federales permitidas. Se debe enviar una copia de los talones de cheques de pago de la familia u otras formas de documentación con este formulario para confirmar los ingresos brutos declarados.

Tipo de Ingresos	Guardian 1	Guardian 2	Niño(a) y otros dependientes	Total
Salarios				\$
Ingresos del Trabajo por Cuenta Propia				\$
Ingresos no Derivados del Trabajo (beneficios de jubilación o mantenimiento de los hijos)				\$
Beneficios de Desempleado				\$
Dividendos e Intereses				\$
Other: SSI u otros ingresos por discapacidad como el seguro social debido a discapacidad o discapacidad de veterano				\$ 0 (no cuenta)
Gran Total				\$

Deducciones Permitidas

Las deducciones permitidas incluyen gastos no cubiertos por el seguro. Las deducciones pueden ser gastos médicos o dentales para aliviar o prevenir un defecto o enfermedad física o mental y se limitan al costo de:

- diagnóstico, curación, alivio, tratamiento o prevención de enfermedades
- tratamiento de cualquier parte o función del cuerpo afectada;
- servicios médicos legales prestados por médicos, cirujanos, dentistas y otros profesionales médicos; medication,
- suministros médicos y dispositivos de diagnóstico; y
- transporte para recibir atención médica o dental.

Tipo de Deducion Permitida	Guardian 1	Guardia n 2	Niño(a) y otros dependientes	Total
Gastos médicos o dentales no cubiertos por el seguro.				\$
Copagos, coseguros y deducibles				\$
Deuda médica o dental que se paga en un plan de pago establecido.				\$
Gastos de cuidado de niños y respiro				\$
Costos y tarifas asociados con la adopción de un niño				\$
Pagos de manutención infantil para niños que no se contaron como miembros de la familia o dependientes al calcular el ingreso ajustado y la cantidad de costo compartido familiar.				\$
Gran Total:				\$

Ingresos Ajustados

Ingresos Brutos	\$	- Deducciones permitidas	\$	= Ingreso Ajustado:	\$
			-		

Doy fe que la información incluida en este formulario es correcta

Firma de los Padres: _____ Fecha: _____



TEXAS
Health and Human
Services

Inscripción en el Programa de Autismo Para Niños y Jóvenes

Si quiere inscribir a varios niños del hogar en el Programa de Autismo Para Niños y Jóvenes, use una forma de inscripción para cada uno.

Información sobre la familia

Primer nombre del niño:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre, de la madre o del tutor: Relación:	Teléfono: () Correo electrónico:	Sexo del niño: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Dirección:	Ciudad:	Estado: TX	Código postal:
Diagnóstico:	Edad al recibir el diagnóstico:	Idioma que habla:	Grupo racial o étnico:
Prueba de domicilio en Texas:	Condado:	Tamaño de la familia:	

Información sobre los ingresos

Seleccione todos los que apliquen:

<input type="checkbox"/> Ingresos brutos	Cantidad: \$
<input type="checkbox"/> Deducciones permitidas	Cantidad: \$
<input type="checkbox"/> Ingresos brutos ajustados	Cantidad: \$

Información sobre el seguro

¿Tiene cobertura de CHIP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de CHIP:
¿Tiene cobertura de Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Medicaid:
¿Tiene cobertura de Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Medicare:
¿Tiene seguro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Si contesta "Sí", llene la siguiente información sobre el seguro).
Nombre de la compañía de seguros:	Nombre del titular de la póliza:	
Fuente del envío:	Servicios anteriores de ECI: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Firma

Mi firma certifica que la información en la solicitud de inscripción en el Programa de Autismo Para Niños y Jóvenes es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del padre, de la madre, del tutor o del cuidador: X	Fecha de inscripción:
---	-----------------------

Solo para uso de la oficina/For Office Use Only

Case ID number:	Enrollment date:
-----------------	------------------

Instrucciones de la Forma DARS6000-S

Uso

La Forma DARS6000-S, Inscripción en el Programa de Autismo, recopila la información demográfica y financiera necesaria para determinar la capacidad de una familia de contribuir a los servicios de autismo de un niño y cómo aplicar la escala variable de tarifas del Programa de Autismo del DARS. El contratista tiene que revisar la información que los padres proporcionaron en la forma y confirmar que es correcta. Se tienen que llenar todos los campos.

Copias y distribución

La forma DARS6000-S original firmada se guarda en el expediente del niño y la información se escribe en la base de datos del Programa de Autismo del DARS antes del día 10 del mes siguiente a la inscripción. El registro tiene que guardarse 3 años después del cierre del contrato o durante el periodo de retención del contratista, lo que sea más largo.

Instrucciones

Información de la familia

Nombre del niño: el nombre del niño que se está inscribiendo en el Programa de Autismo del DARS

Fecha de nacimiento: la fecha de nacimiento del niño que se está inscribiendo en el Programa de Autismo del DARS

Nombre del padre, de la madre o del tutor: el nombre del padre, de la madre o del tutor del niño inscrito

Relación: la relación que tiene el padre, la madre o el tutor con el niño inscrito

Teléfono: el mejor teléfono para localizar al padre, la madre o el tutor

Correo electrónico: la dirección de correo electrónico del padre, de la madre o del tutor del niño inscrito

Sexo: el sexo del niño inscrito

Dirección, ciudad, estado y código postal: el domicilio de la familia

Diagnóstico: el diagnóstico documentado de trastorno del espectro autista

Edad al recibir el diagnóstico: la edad del niño inscrito cuando se documentó el diagnóstico de autismo

Idioma que habla: el idioma principal que hablan la familia y el niño inscrito en el hogar

Grupo racial/étnico del niño inscrito: escriba todas las categorías que apliquen

Blanco

Negro o afroamericano

Indio americano o nativo de Alaska

Asiático

Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico

Hispano o latino

Prueba de domicilio en Texas de la familia del niño inscrito: la prueba puede ser la declaración de impuestos, la licencia de manejar o una cuenta de servicios públicos con la dirección actual de la familia en Texas

Condado: el condado donde vive la familia del niño inscrito

Tamaño de la familia: el tamaño de la familia es igual a la suma del número de

- los padres o tutores, además de todos los hermanos menores de edad que viven en el hogar del niño inscrito; y
- otros dependientes, como hijos de 19 años o mayores, padres, padrastros, abuelos, hermanos, hermanastros, o parientes políticos con ingresos brutos menores de \$3,900 al año, si más de la mitad de su manutención durante un año calendario proviene de los padres o tutores.

Información sobre los ingresos

Obtenga la cantidad de ingresos brutos y ajustados de la familia de su más reciente declaración federal de impuestos.

Ingresos brutos anuales: los ingresos brutos de la familia. Escriba los ingresos brutos en este campo si la familia decide usar la opción 2 o 3 como se explica en la sección a continuación sobre ingresos brutos ajustados

Deducciones anuales permitidas: los gastos que no son reembolsados por otras fuentes. Las deducciones permitidas se limitan a:

- (A) los gastos médicos o dentales de los padres o dependientes que se realizan principalmente para aliviar o prevenir defectos o enfermedades físicos o mentales, que fueron pagados durante los 12 meses anteriores, y que se espera continúen durante el periodo de elegibilidad. Estos gastos se limitan al costo de
- (i) diagnóstico, cura, alivio, tratamiento o prevención de una enfermedad;
 - (ii) tratamiento de cualquier parte o función corporal afectada;
 - (iii) servicios médicos legales prestados por médicos, cirujanos, dentistas y otros proveedores médicos;
 - (iv) medicamentos, artículos médicos y aparatos de diagnóstico;
 - (v) primas pagadas para el seguro que cubre los gastos de atención médica o dental;
 - (vi) transporte para recibir atención médica o dental, y
 - (vii) deuda médica o dental que se está pagando por medio de un plan de pago establecido;
- (B) cuidado de niños y servicios de relevo para un familiar;
- (C) costos y tarifas relacionados con la adopción de un niño dependiente, y
- (D) pagos de manutención de niños ordenados por la corte para niños que no fueron contados como miembros de la familia ni dependientes.

Ingresos brutos ajustados (AGI): la familia tiene 3 opciones para determinar la cantidad de los ingresos brutos.

- La familia puede usar los ingresos brutos ajustados que aparecen en la línea 37 del Formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de la declaración de impuestos federales presentada el año anterior.
- La familia puede usar los ingresos brutos de la declaración de impuestos federales presentada el año anterior menos las deducciones permitidas. Vea a continuación las deducciones permitidas. La familia tiene que presentar documentación de las deducciones permitidas.
- Si la familia no presentó una declaración de impuestos federales el año anterior, tiene que presentar prueba de los ingresos anuales y las deducciones permitidas. Los ingresos brutos incluyen todos los ingresos clasificados como ingresos sujetos a impuestos por el IRS, antes de aplicar las deducciones federales permitidas.

El proveedor calcula los ingresos brutos ajustados restando las deducciones permitidas de los ingresos brutos.

Las familias sin ingresos tienen que firmar una declaración indicando que no tienen ingresos. En todos los casos donde no puedan determinarse los ingresos brutos ajustados, usted tiene que comunicarse con el DARS antes de inscribir al niño.

Información sobre el seguro

Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), Medicaid, Medicare y otros seguros: seleccione todas las que apliquen al niño inscrito; si el niño tiene cobertura de CHIP, Medicaid o Medicare, tiene que escribir el número de identificación y guardar una copia de la tarjeta en el expediente del niño.

Nombre de la compañía de seguros: el nombre de la compañía de seguros privados que da cobertura o beneficios al niño.

Nombre del titular de la póliza: el nombre del titular de la póliza de seguro privado

Fuente del envío: la persona o entidad que envió al niño inscrito al Programa de Autismo del DARS

Servicios anteriores de Intervención Temprana en la Infancia (ECI): los servicios de ECI que el niño recibió antes de su inscripción en el Programa de Autismo del DARS

Firma: la firma del padre, de la madre o del tutor del niño inscrito

Fecha de la firma: la fecha en que el padre, la madre o el tutor firmó la forma

Solo para uso de la oficina/For Office Use Only

Case ID—enter the internal case identification number for the child

Enrollment date—the date services begin or the date of the interview with the child and family to assess the child's targeted behavior, whichever occurred first