

NRCIL

Your Disability Rights and Resource Center

Centro de Recursos y Derechos de las Personas con Discapacidades

Oficina del condado de Jefferson
210 Court Street #107
Watertown, Nueva York 13601
Teléfono: (315) 785-8703
Fax: (315) 785-8612

Oficina del condado de Lewis
5520 Jackson Street
Lowville, Nueva York 13367
Teléfono: (315) 836-3735
Fax: (315) 376-3404

Oficina del condado de St. Lawrence
500 State Street
Ogdensburg, Nueva York 13669
Teléfono: (315) 785-8703
Fax: (315) 785-8612

Solicitud de remisión / divulgación de información

POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Fecha de remisión:	Fecha de nacimiento:	Género preferido:	Raza:
--------------------	----------------------	-------------------	-------

Nombre legal del adulto o niño que se refiere: Nombre preferido:	Pronombres preferidos:	Seguro:	CIN:
--	------------------------	---------	------

Nombre del padre o madre, tutor o representante legal:

DIRECCIÓN:	Teléfono:
Marque el condado de residencia: Jefferson Lewis St. Lawrence	Discapacidad:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA AGENCIA QUE COMPLETA LA REMISIÓN:

Nombre:	Título:
---------	---------

Organización:

DIRECCIÓN:

Teléfono:	Correo electrónico:
-----------	---------------------

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Soy la persona o representante legal cuya información será utilizada o divulgada.
(Si es representante legal, padre/madre o tutor, indique la relación _____).
Doy permiso para usar y divulgar mi información anterior para iniciar servicios en NRCIL. • Al firmar, acepto permitir que los programas de NRCIL coordinen los servicios con la agencia de remisión. • Al firmar, acepto permitir que los programas de NRCIL verifiquen la elegibilidad del seguro.
Firma del individuo/padre/madre /tutor/representante legal: _____ Fecha: _____
Firma del representante de la agencia: _____ Fecha: _____

(Esta autorización expirará 90 días después de la fecha de la firma).

Para derivación a HCBS (solamente): Documentos de respaldo necesarios: Carta de terminación de servicio Plan de atención inicial

Para derivación de CFTSS (solamente): Documentos de respaldo necesarios: Formulario de necesidad médica de NRCIL

Servicios ofrecidos por NRCIL por condado (marque el condado correspondiente)

Defensa de adultos _____	Defensa de niños _____	Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Servicios de barreras arquitectónicas		Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Asesoramiento sobre beneficios		Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Trabajador de salud comunitaria (CHW)		Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Servicios de apoyo familiar		Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Defensa de la vivienda		Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Habilidades para la vida independiente		Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Información y remisiones		Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Clases para en la crianza de los hijos		Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Servicios de apoyo entre pares / Asesoramiento entre pares / Servicios de Entrenamiento de Recuperación		Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Club Psicosocial: Ayudarnos unos a otros (ROTEO) / Centro STOP IN		Jefferson	Lewis	
Área de recursos (acceso a computadora, fotocopidora, fax, notario y armario de préstamos)		Jefferson	Lewis	
Grupos de apoyo/autoayuda		Jefferson	Lewis	
Apoyo a la transición		Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Defensa del transporte		Jefferson	Lewis	
Trabajo/Empleo		Jefferson	Lewis	St. Lawrence
Otro:		Jefferson	Lewis	St. Lawrence

Uso exclusivo de NRCIL:

Remitido al abogado: _____ DBID#: _____

Remisión en la Suite CIL ___ Entrega de documentos ___

Nota de cita en CIL Suite ___

Agregar cita al calendario del abogado ___

Escanear y colocar la remisión en los documentos de la parte ___

(Lewis Co) Colocar en la hoja de cálculo ___