



Aldea de las Alturas de Arlington- Departamento de Servicios Humanos y de Salud
33 S. Arlington Heights Road, Arlington Heights, IL 60005
847-368-5792 (o), 847-368-5980 (f)

APLICACIÓN PARA SERVICIOS SOCIALES

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: Arlington Heights

Estado: IL Postal: _____ Municipio: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: _____

Teléfono (s): _____

Idiomas: _____ Fuente De Referencia: _____

Usted o un miembro de su familia solicitó asistencia dentro de los últimos 18 meses? Yes No

MIEMBROS DEL HOGAR

Name	Relación con el Solicitante	Fecha de Nacimiento/Edad	Genero

Servicios Solicitados: *(marque todos que aplican)*

- Subvención Consejería Asistencia Financiera Asistencia de Festivos CAP Beca
 Servicios de Discapacidad Nicor Compartir Acceso a Cuidado Parque beca
 Recursos Referencia Crisis APS CARE
 Otro: _____

PRESENTACION PROBLEMAS & NOTAS:

Fecha de Admisión: _____ Asignado a: _____

ALDEA DE LAS ALTURAS DE ARLINGTON

SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO MÉDICO INFORMACIÓN ACERCA DE USTED PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

El pueblo de las alturas de Arlington ("aldea") está obligada por ley a mantener la privacidad de cierta información de salud confidencial, conocido como información de salud protegida o PHI y darle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. El pueblo está obligado a acatar los términos de la versión de este aviso actualmente en efecto.

Usos y divulgaciones de PHI: El pueblo puede usar PHI para operaciones de tratamiento y cuidado de la salud, en la mayoría de los casos sin su permiso por escrito de. Ejemplos de nuestro uso de su PHI:

Para el tratamiento: Esto incluye cosas tales como obtención de información verbal y escrita sobre su dolencia y el tratamiento de usted, así como de otros, como médicos y enfermeras quienes dan órdenes para permitirnos ofrecer tratamiento para usted. Puede dar su PHI a otros proveedores de salud involucrados en su tratamiento y puede transferir su PHI por radio, teléfono, internet o fax al centro hospital o despacho.

Para el pago: Esto incluye cualquier actividad que realizamos con el fin de obtener un reembolso por los servicios que brindamos para usted, incluyendo las cosas tales como la presentación de facturas a las compañías de seguros, hacer las determinaciones de la necesidad médica y recolección de cuentas pendientes.

Para operaciones de atención médica: Esto incluye las actividades de aseguramiento de calidad, licencias, y programas de capacitación para asegurar que nuestro personal cumplir con nuestros estándares de atención y seguir establecieron políticas y procedimientos, así como algunas otras funciones de gestión.

Uso y divulgación de la PHI sin su autorización. La aldea está permitida utilizar PHI sin su autorización o la oportunidad de objeto, en determinadas situaciones y no esté prohibido por una ley del estado más estricta, incluyendo:

- Para el tratamiento o actividades de operaciones de atención médica de otro médico que lo atiende;
- Para las actividades de atención médica y legal cumplimiento;
- Un miembro de la familia, otro pariente o cercano amigo personal o otro individuo involucrado en su cuidado si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de objetar dicha divulgación y no levanta una objeción y en otras circunstancias donde somos capaces de obtener su acuerdo y creo que la divulgación es en su mejor interés;
- A la autoridad de salud pública en ciertas situaciones como exige la ley (tal como informe abuso, negligencia o violencia doméstica);
- Para actividades de supervisión de salud incluyendo auditorías o investigaciones gubernamentales, inspecciones, procedimientos disciplinarios y otras acciones administrativas o judiciales emprendidas por el gobierno (o sus contratistas) por ley para supervisar el sistema de salud;
- Para procesos judiciales y administrativos, según lo requerido por una orden judicial o administrativa, o en algunos casos en respuesta a una citación u otro proceso legal;
- Para las actividades de aplicación de la ley en situaciones limitadas, como por ejemplo al responder a una orden judicial;
- Para los militares, defensa nacional, seguridad y otras funciones especiales de gobierno;
- Para evitar una amenaza grave para la salud y la seguridad de una persona o el público en general;
- Para propósitos de compensación de trabajadores y en cumplimiento de las leyes de compensación a los trabajadores;
- Para médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para la identificación de una persona fallecida, determinar la causa de muerte, o que en sus deberes como autorizadas por la ley;
- Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan el trasplante del órgano contratación u órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación de órganos y trasplante;
- Para proyectos de investigación, pero esto estará sujeto a supervisión estricta y aprobaciones;
- También podemos utilizar o divulgar información médica acerca de usted de una manera que no personalmente no identificarle o revelar quién eres.

Cualquier otro uso o divulgación de la PHI, distintos de los enumerados anteriormente, sólo se realizará con su autorización por escrito y que incluye notas de psicoterapia, otros que para llevar a cabo nuestras propias operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud.

COPIA DE RESIDENTE

Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que ya hemos utilizado o divulgado información médica al amparo de dicha autorización.

Derechos del Paciente: Como paciente, tienes una serie de derechos con respecto a su PHI, incluyendo: **El derecho a acceder, copiar o inspeccionar su PHI.** Esto significa que usted puede inspeccionar y copiar la mayoría de la información médica que mantenemos sobre usted. Normalmente le proporcionaremos acceso a esta información dentro de 30 días de su solicitud. También podemos cobrarle una cuota razonable por copiar cualquier información médica que usted tiene el derecho de acceso. En circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a su información médica, y puede atraer ciertos tipos de negaciones. Tenemos disponibles formularios para solicitar acceso a su PHI y nos proporcionará una respuesta por escrito si negamos que accede y hacerle saber sus derechos de apelación. Usted también tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su PHI. Si mantenemos su información médica en formato electrónico, usted tiene derecho a obtener una copia de esa información en formato electrónico. Si usted desea inspeccionar y copiar su información médica, usted debe contactar a nuestro oficial de privacidad.

El derecho a modificar su PHI. Usted tiene el derecho a pedirnos que enmendemos la información médica escrita que podamos tener sobre usted. Generalmente nos enmendamos su información dentro de 60 días de su solicitud y notificarle cuando hemos modificado la información. Estamos autorizados por la ley para negar su petición para enmendar su información médica sólo en determinadas circunstancias, como cuando creemos que es correcta la información que nos ha pedido modificar. Si usted desea solicitar que corriamos la información médica que tenemos sobre usted, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad.

El derecho de solicitar una contabilidad. Puede solicitar una contabilidad de nosotros de divulgaciones de su información médica que hemos hecho en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. No estamos obligados a darle cuentas de información hemos usada o divulgada para efectos del tratamiento u operaciones de atención médica, o cuando compartimos su información médica con nuestros socios de negocios, como un centro médico de/a que nos hemos transportado usted. También no estamos obligados a darle cuentas de nuestros usos de la información de salud protegida para que usted ya nos haya dado autorización por escrito. Si usted desea solicitar una cuenta, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad.

El derecho a solicitar que restrinjamos a los usos y divulgaciones de su PHI. Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos cómo usamos y divulgamos su información médica que tenemos sobre usted. El pueblo no está obligado a aceptar restricciones solicita, pero restricciones acordaron por nosotros por escrito son vinculantes. Sin embargo, si la información nos pide para restringir es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia, entonces podríamos divulgar la PHI a un proveedor de atención médica para brindarle tratamiento de emergencia.

Información de salud protegida el derecho a la notificación de una violación de no seguro. Si hay una brecha de PHI le notificaremos puntualmente como exige la ley. Si prefiere que se le notifique acerca de las infracciones por correo electrónico, póngase en contacto con el oficial de privacidad. También puede retirar su consentimiento a recibir aviso por correo electrónico en cualquier momento poniéndose en contacto con el oficial de privacidad.

Internet, correo electrónico y el derecho a obtener copia de aviso de papel bajo petición. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por favor haga tal solicitud por escrito especificando cómo o dónde desea ser contactado. Nos adaptaremos a las solicitudes razonables.

Si usted nos permite, nos enviará esta notificación por correo electrónico en vez de en papel y siempre puede solicitar una copia impresa de la notificación.

Revisiones al aviso: El pueblo se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, y los cambios serán efectivos inmediatamente y serán aplicables a toda la información de salud protegida que mantenemos. Cualquier cambio material en la nota será publicada en nuestras instalaciones y publicada en nuestro sitio web, si mantenemos una puntualmente. Usted puede obtener una copia de la versión más reciente de este aviso por ponerse en contacto con nuestro oficial de privacidad.

Sus derechos legales y quejas: Usted también tiene derecho a quejarse a nosotros o al Secretario del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. No se ser represalias contra en ninguna manera para archivar una queja con nosotros o al gobierno. Si usted tiene preguntas, comentarios o quejas, usted puede dirigir todas las consultas a nuestro oficial de privacidad.

Información oficial de privacidad contacto:

Oficial de Privacidad, Departamento Legal, aldea de las alturas de Arlington, 33 South Arlington Heights Road, Arlington Heights, Illinois 60005; (847) 368-5000

COPIA DE RESIDENTE

Derechos, Responsabilidades y Límites de la Confidencialidad

Servicios prestados por la división de servicios de la aldea de las alturas de Arlington-Social están reservados para sólo para residentes de Arlington Heights. Ayuda financiera está reservada para los residentes que actualmente están experimentando una situación de emergencia. Este programa está pensado como una medida provisional temporal, no una solución a largo plazo. Fondos de asistencia de emergencia no son proporcionados por entidades federales o estatales. Los residentes pueden aplicar una sola vez dentro de un plazo de 18 meses y fondos reciben basado en necesidad financiera, ingresos y las dificultades en el momento de la ingesta. Los solicitantes deben cumplir la pauta de ingresos del 300% por debajo de la línea de pobreza. Primera vez los aspirantes se dará prioridad. Donaciones en especie y fondos del ejército de salvación pueden estar disponibles para los residentes de Arlington Heights no incorporadas.

Para programas basados en una escala, los participantes deben pagar su parte o se suspenderá el subsidio. Becas ni subsidios otorgados se aplicarán a futuros descuentos solamente y no se puede utilizar para el reembolso de los pagos ya efectuados. Becas y subsidios expiran un año desde la fecha de aprobación a menos que se indique lo contrario.

Todos los servicios son confidenciales hasta el grado permitido por la ley, con excepción de situaciones informes obligatorias, que incluyen pero no se puede limitar a: 1) la divulgación de un plan o intención de dañar, 2) la divulgación de un plan o intención de dañar a otra persona 3) divulgación o peligro de abuso o negligencia de niños o adultos vulnerables o 4) incapacidad para cuidar de uno de uno mismo. En estas circunstancias existe un deber de actuar y prevenir para mantener la seguridad de los residentes, otros individuos y la comunidad.

Testifico que toda la información proporcionada es exacta y completa. He recibido una copia de la notificación de HIPPA. Entiendo que mi negativa a divulgar información requerida me descalificará de recibir asistencia.

Para bueno y valioso examen reconocido en el presente, el abajo firmante se liberar, indemnizar y mantener indemne la aldea y su oficial, agentes, pasantes y empleados de cualquier y toda responsabilidad, pérdidas o daños, incluyendo honorarios y costos de abogados defensa que el pueblo pueda sufrir como consecuencia de los reclamos, demandas, trajes, acciones o procedimientos de cualquier tipo o naturaleza, de la forma resultante de la recepción del abajo firmante de servicios, incluyendo pero no limitado a, cualquier alimento, ropa u otro tipo de asistencia ya sea monetaria o Si no obtiene por el abajo firmante para su uso o beneficio, o algún familiar, amigo o uso asociado. El abajo firmante, en su propio costo, aparecerá, defender y pagar todos los honorarios de los abogados y todos los costos y otros gastos derivados de ella o incurridos en conexión con ella; y, si cualquier sentencias serán prestados contra el pueblo en dicha acción, los abajo firmantes en su propio gasto, satisfacer y descarga igual.

A veces, se nos pide compartir historias anónimas de residentes que han recibido asistencia a través de nuestro programa. Nombres y datos identificativos son eliminados o alterados para proteger la confidencialidad del cliente. Por favor indique si su consentimiento o negarse a tener su historia anónimamente compartido:

Consentimiento Disminución

X

Firma del Residente

X

Fecha

CAP y Los Solicitantes de Beca de Parque

Todas las preguntas a continuación son información necesaria para todos los miembros del hogar. Información demográfica es necesaria para cumplir con los requisitos de HUD y se utiliza sólo con fines de investigación. Por favor seleccione una respuesta de etnicidad y raza. Becas están disponibles sólo para residentes de Arlington Heights.

Becas se determinan con base en nuestra carta de escala.

1. **COMPROBANTE DE DOMICILIO DE ARLINGTON HEIGHTS:**
 - Conductor licencia, identificación estatal, o ID de país
 - Contrato de arrendamiento o hipoteca declaración y utilidad de la cuenta (gas o facturas de teléfono no eléctrico)
2. **COMPROBANTE DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR: (uno de los siguientes)**
 - Identificación de cada miembro de la casa con dirección (para los niños se aceptarán formularios de inscripción de la escuela, exención de cuotas de escuela, reducción almuerzo programa inscripción o tarjeta médica)
3. **PRUEBA DE ACTUAL INGRESO TOTAL ANTES DE IMPUESTOS:**
 - 3 meses talones con longitud de pago periodo indicado o actual incapacidad, Seguridad Social o desempleo carta formulario W2 o declaración de impuestos o (si es la misma que la cantidad actual)
4. **HOJA DE CÁLCULO DEL INGRESO BRUTO AJUSTADO**

Ingresos Límites U.S. Departamento de HUD

Nivel de Ingresos	1 persona	2 p	3 p	4 p	5 p	6 p	7 p	8 p
Extremadamente baja	\$16,600	\$19,000	\$21,350	\$23,700	\$25,600	\$27,500	\$29,400	\$31,300
Muy baja	\$27,650	\$31,600	\$35,550	\$39,500	\$42,700	\$45,850	\$49,000	\$52,150
Bajo	\$33,180	\$37,920	\$42,660	\$47,400	\$51,240	\$55,020	\$58,800	\$62,580
No-Bajo	\$44,250	\$50,600	\$56,900	\$63,200	\$68,300	\$73,350	\$78,400	\$83,450

SOLICITANTE 1

Apellido (s): _____ Nombre: _____

Relación con Solicitante: _____

Origen Etnico Latino/Latina/Latinx No-Latin

Raza

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano |
| <input type="checkbox"/> Asia | <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asia y Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Multirracial | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Negro/Afro-Americano | |

SOLICITANTE 2

Apellido (s): _____ Nombre: _____

Relación con Solicitante: _____

Origen Etnico Latino/Latina/Latinx No-Latin

Raza

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano |
| <input type="checkbox"/> Asia | <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asia y Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Multirracial | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Negro/Afro-Americano | |

CAP y Los Solicitantes de Beca de Parque

SOLICITANTE 3

Apellido (s): _____ Nombre: _____

Relación con Solicitante: _____

Origen Etnico Latino/Latina/Latinx No-Latin

Raza

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano |
| <input type="checkbox"/> Asia | <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asia y Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Multirracial | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Negro/Afro-Americano | |

SOLICITANTE 4

Apellido (s): _____ Nombre: _____

Relación con Solicitante: _____

Origen Etnico Latino/Latina/Latinx No-Latin

Raza

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano |
| <input type="checkbox"/> Asia | <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asia y Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Multirracial | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Negro/Afro-Americano | |

SOLICITANTE 5

Apellido (s): _____ Nombre: _____

Relación con Solicitante: _____

Origen Etnico Latino/Latina/Latinx No-Latin

Raza

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano |
| <input type="checkbox"/> Asia | <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asia y Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Multirracial | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Negro/Afro-Americano | |

SOLICITANTE 6

Apellido (s): _____ Nombre: _____

Relación con Solicitante: _____

Origen Etnico Latino/Latina/Latinx No-Latin

Raza

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano |
| <input type="checkbox"/> Asia | <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asia y Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Multirracial | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Nativo y Negro/Afro-Americano | |

Agrega a miembros adicionales de la familia a la parte posterior de esta hoja.