



Consentimiento para la coordinación de la atención, evaluaciones y servicios

Mi hijo: _____, fecha de nacimiento _____, ha sido referido al Departamento de Salud y Servicios Humanos del condado de Washington para determinar si es elegible para la asistencia integral.

Al firmar a continuación, entiendo que el Comité de Revisión de Asistencia Integral (*Wraparound Review Committee*, WRC) del condado de Washington realizará una evaluación para determinar si mi hijo cumple con los criterios para la asistencia integral del condado de Washington. Los miembros del WRC pertenecen a organizaciones que trabajan con menores de edad y familias: Youth Era y Oregon Family Support Network, Bienestar Infantil, el Departamento de Menores, Discapacidades del Desarrollo, Educación Especial y el Departamento de Salud y Servicios Humanos del condado de Washington. Estos representantes pueden o no haber trabajado anteriormente con mi hijo. Los miembros del comité también pueden realizar consultas grupales con el equipo de asistencia integral del condado de Washington. La evaluación puede incluir una revisión de la documentación que se proporciona con la remisión. Entiendo que la información analizada para la evaluación y los resultados de esa evaluación se mantendrán de forma confidencial, a menos que yo firme un Formulario de autorización de divulgación de información o de cualquier otra forma que lo permita la ley.

Entiendo que si se determina que mi hijo es elegible para la asistencia integral del condado de Washington, se le asignará un coordinador de asistencia integral. El coordinador de asistencia integral ayudará a identificar las necesidades y los objetivos para mi hijo. Por el presente, doy mi consentimiento para que el coordinador de asistencia integral ofrezca todas las actividades necesarias para la coordinación de la atención.

Entiendo que la participación en la evaluación es voluntaria y por el presente doy mi consentimiento para que mi hijo participe en la evaluación. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, pero que las acciones que ya se realizaron antes de haber retirado mi consentimiento no pueden ser revocadas.

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Firma del intérprete (si corresponde)

Fecha