



CONDADO DE SUFFOLK

STEVEN BELLONE
EJECUTIVO DEL CONDADO DE
SUFFOLK

Codado de Suffolk DSS Formulario De Referencia De Alta Hospitalaria Para El Desamparado (Solo para hospitales e instalaciones médicas del condado de Suffolk)

Proceso de Remisión de Hospital para personas sin hogar

Todas las descargas de las instalaciones médicas del condado de Suffolk que resulten en una derivación al DSS del condado de Suffolk requerirán que se complete este formulario y se lo envíe por correo electrónico a:

SCDSSPRI@suffolkcountyny.gov junto con el Instrumento de Revisión del Paciente (PRI).

El DSS del condado de Suffolk responderá dentro de las 48 horas. El DSS del condado de Suffolk ya no podrá aceptar solicitudes de alta telefónica. Los pacientes que requieren asistencia en las actividades de la vida diaria no pueden ser dados de alta directamente al Departamento de Servicios Sociales para Asistencia de Vivienda Temporal.

*El distrito donde se encuentra el paciente cuando necesita asistencia se considera el distrito "donde se encuentra", de conformidad con la directiva OTDA 00-INF-19. La instalación médica o el hospital desde donde se da el alta al paciente debe comunicarse con su Distrito de Servicios Sociales local para obtener asistencia para la vivienda.

Informacion de Hospital

10 CRR-NY 405.9

El hospital debe garantizar que cada paciente tenga un plan de alta que cumpla con las necesidades de atención post-hospitalaria del paciente. Ningún paciente que requiera servicios continuos de atención médica de acuerdo con dicho plan de alta hospitalaria puede ser dado de alta hasta que el hospital asegure o determine que dichos servicios estén razonablemente disponibles para el paciente.

Fecha:

Nombre de la instalación médica Entre Nombre de Hospital y Ciudad Aquí

Nombre del planificador de alta hospitalaria completando este formulario:

Ingrese el nombre del planificador de alta hospitalaria aquí

Dirección de correo electrónico:

Ingrese el correo electrónico del planificador de alta hospitalaria aquí

¿Se ha completado una solicitud de SPA para este paciente? SI NO En caso afirmativo, ¿Fecha en que se presentó la solicitud de SPA?

Marque todo lo que corresponda. Paciente tiene los siguientes servicios en lugar _____

Ninguno

AOT

ACT

Coordinador de cuidado

Serviciod de manejo de casos:

Nombre del administrador de casos:

Telefono #

Organizacion:

Yo _____ e doy permiso al DSS del Condado de Suffolk y al el planificador de alta hospitalaria para disutir mi caso con mi administrador de casos para asegurar una colocación de vivienda adecuada.

Firma del Paciente _____

Nombre e Información del Paciente			
Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento:XX/XX/XXXX	
Ingrese el nombre del paciente aquí	Ingrese el apellido del paciente aquí	SSN: Últimos 4 dígitos	Estatus de Veterano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dirección del paciente antes de ingresar al hospital.: Ingrese calle, pueblo y estado			
¿Puede el paciente volver a esta dirección? Ingrese la última dirección del paciente aquí <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, ¿por qué? Entra por qué el paciente está sin hogar aquí			
¿Tiene el paciente algún ingreso o recurso? SI NO			
<p>Los planificadores de alta hospitalaria deben tener en cuenta que la Asistencia de vivienda temporal (THA) es un beneficio autorizado a través de los programas gubernamentales de Asistencia temporal solo para aquellas personas que son elegibles. La elegibilidad se determina al evaluar los ingresos de una persona y los recursos disponibles. No todos los que solicitan la Asistencia de Vivienda Temporal se consideran elegibles.</p>			

Información relacionada con la salud	
Fecha de ingreso al hospital:	Fecha propuesta de alta hospitalaria:
¿El paciente necesita recibir cuidados posteriores o de seguimiento? Si es así, fecha de la cita de seguimiento Ubicación de la cita de seguimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	
¿Puede el paciente cuidarse a sí mismo sin ayuda y vivir completamente independiente? Por favor explique <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<p>Las personas solteras que buscan SCDSS Temporary Housing Assistance deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poder preparar comidas y comer sinayuda • Poder hacer la transición hacia y desde la cama y el inodoro sinayuda • Poder bañarse y / o bañarse sinayuda • Ser capaz de controlar y tomar su propia medicación. • No tener una enfermedad contagiosa o contagiosa, heridas abiertas o MRSA • <p>Cualquier paciente del hospital que sea dado de alta en una vivienda de emergencia de SCDSS que no cumpla con los criterios mencionados anteriormente será enviado de regreso al hospital de alta para su propia seguridad.</p> <p>10 CRR-NY 400.13 PRI (Instrumento de revisión del paciente) https://www.health.ny.gov/forms/doh-694.pdf https://www.health.ny.gov/forms/instructions/doh-694_instructions.pdf</p>	
¿Tiene el pacie	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO Si es así, explique brevemente	Si No Si es así, explique brevemente

Patient's Disclosure

Haga las siguientes preguntas al paciente y pídale que firme esta

sección. ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito sexual? Si No

Está actualmente en un registro de delincuentes sexuales

en algún estado? Si No

Si es así, ¿cuál es tu nivel?

indeterminado Nivel I Nivel II Nivel III

¿Está actualmente en libertad condicional o libertad Si NO

condicional por algún motivo?

Si es así, ¿quién es su oficial de libertad condicional o

libertad condicional?

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de telefono: _____

LIBERACION DE INFORMACION

Yo, _____, Por la presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk a comunicarse con cualquier autoridades policiales y legales apropiadas en relación con la información proporcionada en este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

(Firma de Paciente)

Presenciado Por: _____

Divulgación de información del Paciente

Doy mi consentimiento a la comunicación entre: _____

El personal de _____ y Personal en el **Departmno de Servicio Sociales del Condado De Suffolk** Con el propósito de determinar mi elegibilidad para Asistencia de Vivienda Temporal.

Esta autorización estará vigente y en vigencia hasta un (1) año después de la fecha a continuación, fecha en que expirará esta autorización para divulgar información médica protegida.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de dicha notificación por escrito al Practicante a la dirección que figura arriba. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que el Profesional se haya basado en mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede que ya no esté protegida por HIPAA o cualquier otra ley federal o estatal.

Las entidades enumeradas anteriormente no condicionarán mi tratamiento / atención sobre si proporciono una autorización para la divulgación, excepto si los servicios de atención médica se me brindan únicamente con el propósito de crear información médica protegida para su divulgación a un tercero.

X	
Firma del Paciente	Fecha

X	
Firma del Planificador de Alta Hospitalaria	Fecha