



Consentimiento Para Recibir Servicios

Yo, _____ deseo recibir los servicios ofrecidos por Family Houston. Entiendo que mi identidad y toda mi información son confidenciales. Comprendo que ninguna información o registro asociados con mi caso será dado a conocer intencionalmente a cualquier persona o agencia sin mi consentimiento escrito, sopena, orden de la corte o estatuto legal.

Estoy entregando este consentimiento por mi propia voluntad. Este consentimiento permanecerá activo hasta que entregue una declaración escrita revocando dicho consentimiento.

Libero a Family Houston, sus oficiales, directores , miembros del directorio, empleados, agentes (voluntarios, estudiantes) de todo daño, pérdida, deuda (conjunta o masiva), pago, obligación, penalidad, reclamo, litigación, demada, defensa, juicio, proceso, costos, desembolso o cargo (incluso sin limitación, tarifas o gastos de abogados u otros consejeros profesionales y/o testigos expertos, así como costos de investigación y preparación) de cualquier tipo o naturaleza resultante de, relacionada con o emergente de mi recepción de servicios.

Yo he recibido una copia de mis derechos como cliente, procedimiento para hacer reclamos y tuve la oportunidad de discutir dichos en un idioma y formato que yo he entendido.

FIRMA DEL CLIENTE O MARCA
(SI ES MAYOR DE EDAD Y LEGALMENTE COMPETENTE)

FECHA

PARIENTE/GUARDIÁN/PODER LEGAL (CON COPIA ADJUNTA)

FECHA

EMPLEADO

FECHA

FAMILY HOUSTON
SERVICIOS DE APOYO
Consentimiento para Intercambio de Informacion

Yo, _____ (Nombre de cliente) _____ (Fecha de nacimiento)

autorizo al personal de Administración del Casos de Family Houston a intercambiar información con las agencias y / o individuos identificados a continuación. Este intercambio de información tiene el propósito de facilitar mi acceso a los recursos de la comunidad. Se puede compartir información sobre mi identidad, mi necesidad y / o elegibilidad para los servicios. A menos que y hasta que haya iniciado y firmado formularios adicionales de Liberación / Intercambio de información para fines específicos, no se podrá compartir ninguna información que pueda identificarme con ninguna otra persona / organización.

Esta autorización para el intercambio de información se realiza con el consentimiento informado. El abajo firmante puede revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud del mismo.

Además, entiendo que este consentimiento caducará en el momento de la finalización del programa.

Una copia fotográfica de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Organizaciones / Proveedores de Servicios / Agencias / Escuelas	
1. Adult /Child Protective Services	19. Little Flower Thrift Shop
2. American Red Cross	20. Meals on Wheels
3. Area Agency on Aging	21. Medical Clinics
4. Baker Ripley	22. Medical Bridges
5. Catholic Charities	23. METRO
6. Christian Community Service Center	24. Neighborhood Centers, INC
7. Community Family Center (Chicano Family Center)	25. NAACP
8. Community Centers/Colleges	26. Operation ID
9. Gulf Coast Community Services	27. P.S.I. Volunteer Home Repair Program
10. Harris County Hospital District	28. Prevent Blindness
11. Harris County Social Services	29. Salvation Army
12. Hester House	30. Sheltering Arms
13. Houston Area Urban League/HUD	31. TSO (Texas State Optical)
14. Houston Children's Charities	32. Social Security Administration
15. Houston Food Bank	33. Social Service Assistance Agencies
16. Houston Furniture Bank	34. Texas Department of Health & Human Services
17. Houston/Harris Housing Authority	35. Wesley House Community Center
18. Interfaith Caring Ministries	36. Wheeler Avenue Baptist Church
Doctores / Otros Proveedores de Servicios Medicos	Familiares / Amigos
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Firma del cliente

Fecha

Firma del empleado

Fecha