



## PROGRAMA DE ASISTENCIA - STRMU

### **Estimado Cliente:**

Bienvenido al Programa de la Oficina de Asistencia de Bering Omega. Los servicios de nuestra oficina están reservados exclusivamente para individuos con diagnóstico de VIH/SIDA. Nuestra misión es mejorar la calidad de vida de aquellos con necesidades críticas, proporcionándoles asistencia física, emocional y espiritual. Una de las metas de la oficina de Asistencia es crear un ambiente seguro y agradable, en el cual nuestros clientes reciban servicios financieros. Su privacidad y confidencia siempre será protegida.

### **Como Llegar a Ser Cliente**

La siguiente información le explicará el carácter confidencial para llegar a ser cliente del programa de la Oficina de Asistencia de Bering, como solicitar su primera cita, como fijar la hora de su cita, y otra información que usted necesita saber.

### **Usted debe traer su paquete de registro YA completo además de los siguientes documentos a su cita:**

- 1. Declaración o Certificado del Doctor**, en el cual debe estar el diagnóstico de VIH o SIDA.
- 2. Prueba de Identidad**, Tarjeta de Identificación de Texas, Licencia de Conducir del Estado de Tejas, o Tarjeta de identificación de la escuela para escolares o del Estado y debe tener fotografía del cliente. Para niños y menores de 17 años, se necesita el acta de nacimiento. Se necesita identificación para todo miembro del hogar.
- 3. Prueba de Residencia**, Documentos aceptados son, el contrato de arriendo en nombre del cliente, el recibo de alquiler del mes pasado, como comprador de casa, el libro de pago o el contrato de pago en su nombre, como dueño de una casa, el expediente de impuesto o otra prueba en su nombre.
- 4. Prueba de Ingresos para usted y miembros del hogar**, La más reciente documentación o concesión del Departamento de Seguro Social, Oficina del Estado para estampillas de comida, o de TANF, un talón de cheque de ingresos actual, una carta de apoyo financiero.
- 5. Prueba de gastos de cuidado para niño o adulto**, Si alguna persona en su casa paga gastos de cuidado de niño o de adulto para que otro miembro pueda trabajar fuera del hogar, se necesita el recibo o comprobante de pago para el cuidado.
- 6. Un acontecimiento inesperado que no lo permite pagar su gastos**, Ejemplos actuales de costos, el limadura reciente para las pagas por invalidez de SSA o de SSI, terminación de empleo o las horas reducidas en el trabajo, una inundación o un fuego en su hogar, reparación de automóvil o casa, gastos médicos.
- 7. Avisos debidos de cuentas pasadas en su nombre para el alquiler, la hipoteca o las utilidades**, (la electricidad, gas, agua, teléfono. presente por favor las cuentas actual o más últimas, si o no están en su nombre. Una copia de su contrato de arrendamiento, (contrato de renta).

**Al completar su aplicación y obtener todo los documentos necesarios, favor de llamar al numero de teléfono 713-529-6071, para hacer su cita. Asegúrese de firmar y poner fecha donde se pida.**

**Inscribiéndose en nuestro programa, usted acepta lo siguiente:**

- Atender todas sus citas con el asesor financiero, hablar no menos de 24 horas anticipadamente en cuando se informe de no poder asistir a su cita.
- Informar a su asesor financiero de cualquier cambio en su salud o situación de vivienda.
- No usar lenguaje que insulta, abusivo, gritar, o hablar en voz acelerada, mientras esta en nuestras oficinas.
- No asistir ah nuestras oficinas bajo la influencia de alcohol o drogas ilegales.

**Si usted viola cualquier de estas condiciones, no será elegible para servicios de nuestra oficina.**

**Por favor, no envíe sus aplicaciones completados por correo o fax. Asegúrese de traer todo con usted cuando venga a su cita.**

- **APLICACIONES MANDADOS POR FAX NO SON ACEPTADAS.**
- **APLICACIONES DEJADOS POR 6 MESES SERAN DESTRUIDOS.**

**Bering Omega Community Services – Ayuda Financiera  
1429 Hawthorne Street  
Houston, Texas 77006  
Teléfono: 713-529-6071  
Fax: 713-341-3758**

**Su cita ha sido planificada para:**

\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ **AM/PM**

**En:** \_\_\_\_\_

## GUARDERIA GRATIS



¿Tiene niños que necesitan ser supervisados mientras usted visita los Servicios Comunitarios de Bering Omega? **Favor de notar:** niños bajo 12 años de edad no pueden ser dejados sin supervisión en la sala de espera.

Personas con la (Coalición de SIDA) han establecido una guardería infantil de niños en la Iglesia al lado de la Clínica Dental. Las horas de atención son de Lunes a Viernes de 8:00 AM a 5:00 PM. Este servicio es GRATIS y está disponible solo para los clientes de la Clínica Dental, Programa de Asistencia y el Centro de Cuidado mientras asiste su cita.

**Favor de notar:** Usted se debe registrar antes de acudir los servicios de la guardería. Después que se registre y necesite este servicio, usted debe llegar por lo menos 1 hora antes de su cita para darles tiempo a los proveedores de cuidado de niños en obtener el conjunto de la guardería infantil. Gracias.

Para calificar se requieren estos documentos:

- Prueba de VIH
- Prueba de residencia
- Prueba de Ingresos
- Identificación valida

**ATENCION: NECESITA CONFIRMAR CON LA GUARDERIA 24 HORAS ANTES DE SU CITA PARA APARTAR SU LUGAR.**

Para información adicional llame a  
Adriana Marroquin  
713-873-4162

# BeringOmega

Community Services

## FORMA DE ADMISIÓN

**POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE LAS RESPUESTAS AL SIGUENTE CUESTIONARIO:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primero: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Las tres primera letras de apellido de Madre soltera \_\_\_\_\_

**POR FAVOR MARQUE UNA EN CADA CATEGORIA:**

### REFERIDO POR:

- Médico/Clínica: \_\_\_\_\_
- Trabajador Social: \_\_\_\_\_
- Amigo
- Servicio Médico a Casa
- Otra agencia de servicios

### NECESIDADES ESPECIALES (Puede ser mas de uno)

- Veterano
- Crónicamente sin hogar
- Sobreviviente doméstico de Violencia

### ESTADO CIVIL

- Soltero
- Casado
- Divorciado (a)
- Viudo (a)

### CATEGORIA DE INFECCION DEL VIH

- Contacto Homosexual/Bisexual
- Contacto Homosexual/Bisexual y
- Uso de drogas intravenosas
- Transfusión de sangre o transplante
- Heterosexual únicamente
- Heterosexual únicamente y recipiente de uso de drogas
- Otro/No determinado

### RAZA

- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/ Afro-Americano
- Asiático/Isleño del Océano Pacífico
- Blanco
- Indio Americano/Nativo de Alaska y
- Blanco
- Asiático & Blanco
- Negro/Afro-Americano y Blanco
- Negro/Afro-Americano
- Indio Americano/Nativo de Alaska y
- Negro/Afro-Americano
- Hispano/Latino
- Otro Multé Raza

### IDIOMA PRIMARIA

- Inglés
- Español
- Lenguaje por señas
- Otro

### Género

- Hombre
- Mujer

**VERIFIQUE POR FAVOR UNO DE CADA CATEGORIA:**

**Estado de VIH**

- VIH+ con ninguna enfermedad relacionada
- VIH+ con enfermedad relacionada
- Diagnóstico de SIDA

**Ingreso Mensual \$** \_\_\_\_\_

**Renta Mensual \$** \_\_\_\_\_

**Número de cuartos en apt/casa** \_\_\_\_\_

**Fecha de Diagnósis:** \_\_\_\_\_

**SITUACION PREVIA DE VIVENDA**

- Habitación no significada para uso humano  
(Tal como un vehículo, edificio abandonado, autobús/tren/aeropuerto o exterior)
- Refugio de emergencia  
(Inclusivo, hotel, motel, o campamiento pagó con bono de refugio de emergencia)
- La envoltura de transición para personas sin hogar
- Envoltura Permanente para personas sin hogar anteriormente  
(tal como, Shelter Plus Care, SHP, o SRO Mod Rehab)
- Hospital psiquiátrico o otra facilidad psiquiátrica
- Facilidad de tratamiento de abuso de sustancia o centro de desintoxicación
- Hospital (facilidad no-psiquiátrico)
- Cuidado adoptivo en casa o cuidado adoptivo en casa de grupo
- Cárcel, prisión o la facilidad juvenil de detención
- Cuarto, apartamento, o casa de renta
- Casa que esta comprando
- Permanecer o vivir en el dormitorio, apartamento, o casa (de familiar o amigos)
- Hotel o motel no pagado con bono de refugio de emergencia
- Otro: \_\_\_\_\_
- No se sabe

**ACCESO A CUIDADO y APOYO**

- Contacto con manejador de caso/consejero de beneficios por lo menos una vez en los últimos tres meses (o coherente con el plan especificado en su plan de servicio)
- Contacto con un proveedor primario de asistencia médica por lo menos una vez en los últimos tres meses(o coherente con el plan especificado en su plan de servicio)
- Tiene el alcance de seguro médico o ayuda médica

**Favor de marcar tipo de cobertura:**    **Tarjeta Dorada**    **Medicare**    **VA**    **Privado**

**Utiliza el Dispensario Dental de Bering:**    **Si** \_\_\_\_\_    **NO** \_\_\_\_\_

Si utiliza, Fecha de la última cita: \_\_\_\_\_

Fecha de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Si no utiliza, quiere una aplicación mandada a usted:    **Si** \_\_\_\_\_    **NO** \_\_\_\_\_

**Utiliza el Centro de Cuidado de Adulto de Bering**    **YES** \_\_\_\_\_    **NO** \_\_\_\_\_

Si utiliza, Fecha en cual asistió últimamente: \_\_\_\_\_

Fecha en cual piensa regresar \_\_\_\_\_

Si no utiliza, quiere una aplicación mandada a usted    **Si** \_\_\_\_\_    **NO** \_\_\_\_\_

**Utiliza o es cliente de Legacy (The Assistance Fund):**    **Si** \_\_\_\_\_    **NO** \_\_\_\_\_

**Tiene usted Medicaid:**    **Si** \_\_\_\_\_    **NO** \_\_\_\_\_

# BeringOmega

Community Services

## INTAKE ASSESSMENT FORM

### Miembros del Hogar

Anote la cabeza de la casa y todos los miembros/ocupantes quien vivarán en la unida. Anote La relación de cada miembro de la familia o ocupante que tiene con la cabeza de la casa.

Nombres de los miembros de la cabeza de la casa	Relation	Fecha de nacimiento	Raza <b>Mire los codigos abajo</b>	Femenina/Masculino	Ingreso Cantidad/Source
	<b>Cabeza de la casa</b>				

### **Codigos de Raza**

Por favor use los codigos de raza escritos abajo cuando los anote en la forma

Indio Americano/Nativo de Alaska

Asiático

Negro/ Afro-Americano

Asiático/Isleño del Océano Pacífico

Blanco

Indio Americano/Nativo de Alaska y

Blanco

Asiático & Blanco

Negro/Afro-Americano y Blanco

Negro/Afro-Americano

Indio Americano/Nativo de Alaska y

Negro/Afro-Americano

Hispano/Latino

Otro Multé Raza



**APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA – STRMU**

MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

**POR FAVOR IMPRIMA SU NOMBRE**

<b>Apellido:</b>	<b>Primero:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Teléfono Celular:</b>	<b>#SS</b>

Estoy solicitando ayuda financiera (STRMU) a través del programa de asistencia de Bering Omega Servicios Comunitarios. La emergencia o la situación inesperada que sucedieron este mes es:

Solicito ayuda con las cuentas siguientes que están en mi nombre o el nombre de mi esposo legal.

<b>Alquiler o Hipoteca: \$</b>	<b>Electricidad: \$</b>	<b>Agua: \$</b>	<b>Gas: \$</b>
--------------------------------	-------------------------	-----------------	----------------

Acuerdo guarda confidencial la identidad, el nombre, o cualquier otra información sobre cualesquiera otros clientes que pueda venir en contacto, mientras en las oficinas de los servicios de comunidad de Bering Omega.

Certifico que yo no estoy en la Sección 8 de envoltura. Certifico también que yo no recibo, no he aplicado, ni he solicitado STRMU o ayuda de TBRA con cualquier otra agencia de envoltura para el mismo mes en el que he solicitado ayuda con los Servicios de Comunidad de Bering Omega. Entiendo que si solicito o he aplicado para ayuda con otra agencia para el mismo mes, entonces yo seré terminado en el Programa de Asistencia y de recibir servicios por Bering Omega Servicios Comunitarios. Entiendo que cualquier ayuda financiera que reciba con servicios de comunidad de Bering Omega se puede utilizar solamente para una residencia con los detectores de humos y pintura basada de plomo.

Confirmo que toda la información que he proporcionado en esta forma es verdad al mejor de mi conocimiento.

<b>Firma del Cliente</b>	<b>Fecha</b>
--------------------------	--------------

**Solo Para Utilización de la oficina**

**Utility Pledge: YES/NO** \_\_\_\_\_ **Power** \_\_\_\_\_ **Water** \_\_\_\_\_ **Gas** \_\_\_\_\_

**Client ID** \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<b>Mailing Address/Vendor</b>	<b>Account #</b>	<b>Amount</b>	<b>Date</b>
<b>Rent/Mortgage</b>				
<b>Electricity</b>				
<b>Water</b>				
<b>Gas</b>				
<b>Other</b>				







## PROCEDIMIENTOS DE APELACIONES Y QUEJAS/ RECLAMOS PARA EL CLIENTE

Los servicios de comunidad de Bering Omega desean fomentar la consideración pronto y ordenada y la resolución de las preguntas del cliente, de las quejas, de los conflictos, etc.

Para los propósitos de este documento, el "cliente" se refiere a cualquier persona que reciba servicio individual de los programas de Bering Omega.

### PROCEDIMIENTO

El proceso siguiente se diseña para resolver todas las preguntas del cliente, quejas, conflictos, etc. que puedan presentarse durante la relación del cliente de Bering Omega de una manera justa y eficiente.

1. Discusión Inicial:  
Donde las preguntas, quejas, conflictos, etc. no se resuelven después de discusiones iniciales, el cliente debe tratar sus ediciones al **Encargado del Programa o Director del Programa**. Los encargados del programa deben escuchar las preguntas, las quejas, los conflictos, etc. y resolver tales ediciones al mejor de su capacidad, comunicando sus decisiones a los clientes de una manera oportuna.
2. Visé Presidente de Mediación y de Repuesta de Operaciones: Si descontentan al cliente después de sus discusiones iniciales con un encargado de programa, el cliente debe tratar después sus ediciones al **Visé Presidente de Operaciones**. El Visé Presidente de Operaciones debe investigar las situaciones, discutir las ediciones con el cliente, y responder al cliente en el plazo de una (1) semana después de la discusión.
3. Revisión del Presidente: Si descontentan al cliente con la respuesta del Visé Presidente de Operaciones, el cliente debe tratar después sus ediciones **en escrito al Presidente**. Se espera que el Presidente repase las situaciones, tome una decisión, y entre en contacto con el cliente en el plazo de dos (2) semanas de la revisión para discutir la decisión. La decisión del Presidente será considerada final y terminará la revisión interna de las ediciones de los clientes.
4. Si algunas ediciones se refieren al Presidente, y descontentan al cliente después de sus discusiones iniciales con el Presidente, el cliente debe tratar sus ediciones, **en la escritura, a la Silla del Tablero de Administradores**. La Silla debe investigar las situaciones y responder con su decisión, en la escritura, al cliente en el plazo de treinta (30) días de la investigación. La decisión de la Silla será considerada final y terminará la revisión de Bering Omega de las ediciones de los clientes

I. PROCESO DEBIDO EXTERNO

Si descontentan al cliente con la decisión de los servicios de Comunidad de Bering Omega con respecto a quejas y reclamos, el cliente tiene el derecho de perseguir un proceso debido externo.

CUALQUIER CLIENTE TIENE EL DERECHO DE ARCHIVAR UNA QUEJA O RECLAMO CON EL DEPARTAMENTO DE QUEJAS DE LOS SERVICIOS HUMANOS (512) 834-6788, P.O. BOX 149030, AUSTIN, TEJAS 78714-9030; GRUPO REGIONAR DEL RECURSO DE HOUSTON HIV/ SIDA, 500 LOVETT BLVD, HABITACIÓN 100, TEJAS 77006, (713) 526-1016; O CONSEJO DEL PLANEAMIENTO DEL CONDADO DE HOUSTON/HARRIS (BLANCO DE RAYN), 223 LAZO DEL OESTE DEL SUR, HABITACION 417, HOUSTON, TEJAS 77027. (713) 439-6090.

EN LA OPERACIÓN DE LOS PROGRAMS ESPECIALES DE LA NUTRICIÓN, NO DISCRIMINAN A LOS PARTICIPANTES CONTRA DEBIDO A LA RAZA, SEXO, COLOR, ORIGEN NACIONAL, EDAD, CREENCIA POLÍTICA, RELIGIÓN O DISABILIDAD, SI USTED CREE QUE LE HAN DISCRIMINADO, ESCRIBE INMEDIATAMENTE A:

Director: Departamento de Derechos Civiles  
701 W. 51<sup>st</sup> Street (78751)  
P.O. Box 149030 (78714-9030)  
Mail Code W- 106  
Austin, Texas

Voz-521-438-3630  
TDD-521-438-4313  
Fax 521-438-4748

**O Usted puede comunicarse con el**

Secretario de la Agricultura, Washington, D.C. 20250

**He leído y he entendido los procedimientos de la queja contenido en esto, y he recibido una copia de este procedimiento.**

\_\_\_\_\_  
La firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
La firma del Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
La firma del Personal de Bering Omega

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **FORMA DE ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE**

La Oficina de Ayuda Financiera es una entidad que ofrece asistencia para adultos y adolescentes que son positivos para VIH. La forma de inscripción se basa en el primero que llega es el primero en ser atendido.

## **CRITERIOS PARA FORMAR PARTE DEL PROGRAMA DE LA OFICINA DE AYUDA FINANCIERA**

- Personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana
- Personas con disfunciones y necesidades mínimas ambulatorias y nutricionales.
- Personas cuyo comportamiento no es perjudicial para ellos mismos, otros clientes, o el personal de la Oficina de Ayuda Financiera.
- Personas que están bajo la supervisión de un médico y pueden presentar un certificado médico que indique su estatus de VIH y los valores de su conteo completo de sangre (CBC).
- Personas que aceptan cumplir con las pólizas y procedimientos de la Oficina de Ayuda Financiera.
- Personas quienes, según la evaluación del entrevistador, son emocionalmente y mentalmente estables, y quienes físicamente pueden interactuar con otros clientes y el personal de la Oficina de Ayuda Financiera.

## **DECLARACION DE DERECHOS DEL CLIENTE**

Cada persona que recibe servicios bajo el Departamento de Salud de Texas (TDH) tiene el derecho a:

- No ser físicamente ni mentalmente abusado ni explotado
- Ser tratado con respeto y consideración, reconociendo su dignidad e individualidad. (El cliente debe responder con el mismo respeto y consideración hacia el personal de la Oficina de Ayuda Financiera, lo cual resultará en un ambiente seguro y claro para proveer asistencia.)
- Recibir apropiado cuidado sin importar su raza, creencias religiosas, color, nacionalidad, sexo, edad, incapacidad física, estatus matrimonial, o su orientación sexual.
- Ser informado en una forma culturalmente sensible para discutir las necesidades del cliente y el propósito de tipo de tratamiento o cuidado que recibirá.
- Recibir los servicios, cuidado, y el tratamiento sin importar cualquier inhabilidad
- Presentar sus quejas o reclamos al Personal de Bering Omega, a las agencias del estado, y a otras personas sin temor de que la atención sea negada. Las formas y procedimientos para presentar una queja le serán explicados al cliente por cualquiera persona del personal de la Oficina de Ayuda Financiera. En el caso de que los procedimientos no pueden ser seguidos por un conflicto directo con la agencia administrativa o el sub-contratista, el reclamo puede ser entregado al consorcio.
- Tener sus expedientes confidencialmente, los cuales no pueden ser divulgados sin una autorización por escrita por parte del cliente. (El cliente puede revisar sus archivos o expedientes personales que son mantenidos por la agencia que proporciona el servicio.
- Tener la libertad de escoger cuando el cliente va a elegir un proveedor de consulta externa o el servicio de apoyo psicosocial o trabajador social.
- Tener la oportunidad de participar activamente en la planeación de su Asistencia Financiera.
- Tener la oportunidad de rechazar la ayuda de Asistencia Financiera.
- Participar en las encuestas anuales de evaluación.

HE LEIDO, ENTENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS Y LAS DECLARACIONES DE LOS DERECHOS DEL CLIENTE PARA LOS SERVICIOS DE VIH.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador De Bering Omega

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Aviso de Practicas de Privacidad

## ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO TU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA ASÍ CÓMO CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

### Leerlo con Atención

- 1. Propósito:** Bering Omega Community Services esta dedicado a dar servicios diseñados para cubrir tus necesidades. Igualmente estamos dedicados a respetar tu privacidad y a proteger la información que podemos recibir de tu parte. Hemos preparado este aviso para explicar que información recogemos y como la protegemos. Bering Omega y sus profesionales, empleados, y voluntarios siguen las prácticas de privacidad descritas en este aviso. La ley nos obliga a mantener la privacidad de tu información de salud en los expedientes impresos o electrónicos, y proteger la integridad, confidencialidad, y disponibilidad de tu información electrónica de la salud cuando es recogida, mantenida, utilizada o transmitida por Bering Omega. Sin embargo, debemos utilizar y divulgar tu información medica al grado necesario para darte una atención médica de calidad. Para hacer esto, Bering Omega debe compartir tu información medica cuándo sea necesario para operaciones de tratamiento, pago y de atención médico.
- 2. ¿Qué Información Recolectamos?:** Como parte esencial de nuestro negocio, obtenemos cierta información personal para dar servicio. Algo de la información viene directo del interesado, de aplicaciones o formas, y puede incluir la información que se proporciona durante visitas a nuestra agencia o mientras se habla con nuestro personal. Podemos también recibir la información de médicos y otros abastecedores o agencias de la salud. El tipo de información que recibimos puede incluir direcciones, numero de Seguro Social, información familiar, historia medica de la clínica corriente y del pasado, e información financiera.
- 3. ¿Cuáles son Tratamientos, Pagos, y Operaciones del Cuidado Medico?** El tratamiento incluye la distribución de la información entre agencias médicas implicadas en el cuidado de la salud. Por ejemplo, tu enfermera puede divulgar la información sobre tu condición a un farmacéutico o a un medico exterior para discutir medicaciones apropiadas. Bering Omega puede también divulgar tu información médica según los requisitos de Medicaid u otra entidad, tal como un plan de la salud, para las determinaciones de esa entidad respecto a, por ejemplo, necesidad médica o responsabilidad de pago de la entidad. Podemos también utilizar y divulgar tu información médica para mejorar la calidad del cuidado en Bering Omega, por ejemplo, para los propósitos de la revisión y del entrenamiento.
- 4. ¿Cómo Bering Omega Utilizara mi Información Médica?:** Tu información médica puede ser utilizada o divulgada, a menos que pidas restricciones en un uso o un acceso específico, para los propósitos siguientes:
  - Miembros de familia o amigos cercanos que pueden consentir a tu tratamiento constante con el estado y la ley federal.
  - Según los requisitos de la ley.
  - Actividades de la salud pública, incluyendo la prevención de enfermedad, lesión o inhabilidad; reportar nacimientos y muertes; pederastia o negligencia de niños; reportar reacciones a los medicamentos o a los problemas del producto; notificación de devolución de medicamentos dañinos; control de enfermedades infecciosas; notificación de sospechas a autoridades gubernamentales de abuso, de la negligencia o de la violencia en el hogar (si aceptas o como sea necesario o autorizado por la ley).
  - Actividades del descuido de la salud, por ejemplo, intervenciones, inspecciones, investigaciones, y licencias.
  - Pleitos y Demandas (Intentaremos proporcionarte la comunicación previa de una citación antes de divulgar la información.)
  - Petición de ley del • (por ejemplo, en respuesta a un orden judicial o a una citación).
  - A los forenses y a los examinadores médicos.
  - Ciertos proyectos de investigación aprobado por un comité examinador institucional.
  - Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad.
  - A las autoridades del comando militar, si eres un miembro de las fuerzas armadas.
  - Seguridad nacional y actividades de inteligencia.
  - La protección del presidente o de otra persona autorizada por los jefes de estado extranjero, o para conducir investigaciones especiales.
  - Agencia de Compensación de Trato. (Tu información médica con respecto a las ventajas para las enfermedades relacionadas con el trabajo se puede lanzar cuando apropiado.)

*Cierto tipo de información puede estar conforme a restricciones adicionales en acceso, tal como los resultados de prueba del SIDA o del VIH, estado u otra información relacionada y notas de la psicoterapia*

**5. Otras Maneras Bering Omega Pueden Utilizar mi Información Médica:** Además Bering Omega puede contactarte para confirmar una cita y para informarte de alternativas en tu tratamiento, las ventajas o los servicios relacionados con tu salud que te pueden interesar (Tendrás la oportunidad de rechazar esta información).

**6. Tu Autorización se Requiere para Otros Accesos:** Excepto como descrito anteriormente, no utilizaremos ni divulgaremos tu información médica a menos que autorices a Bering Omega por escrito que divulgue tu información. Puedes revocar tu permiso, que será efectivo solamente después de la fecha de tu revocación escrita.

**7. Tienes Derechos con Respecto a tu Información Médica:** Tienes los siguientes derechos en respecto a tu información médica, a condición de que hagas una petición escrita de invocar tu derecho en la forma proporcionada por Bering Omega:

- **Derecho de pedir Restricciones.** Puedes pedir limitaciones en tu información médica que utilizamos o que divulgamos para el tratamiento de la salud, el pago u operaciones, pero no estamos obligados aceptar tu petición. Si aceptamos, vamos a respetar tu petición a menos que la información sea necesaria para tratamiento de emergencia
- **Derecho a Comunicación Confidencial.** Puedes pedir comunicaciones de cierta manera o en cierta localización, pero debes especificar como o donde deseas ser contactado.
- **Derecho a Copias y Verificación.** Tienes el derecho de verificar y copiar tu información medica con respecto a decisiones sobre tu cuidado. Podemos cobrar por copias, envíos, y materiales. Bajo circunstancias limitadas, tu petición puede ser negada; puedes pedir en algunos casos la revisión de la negación de otro profesional autorizado del cuidado médico elegido por Bering Omega. Bering Omega se conformará con el resultado de la revisión.
- **Derecho de pedir Enmienda.** Si crees que la información médica que tenemos sobre ti esta incorrecto o incompleto, puedes pedir una enmienda en la forma proporcionada por Bering Omega, que requiere cierta información específica. Bering Omega no esta obligado a aceptar la enmienda.
- **Derecho a Contabilidad de Acceso.** Puedes pedir una lista de los accesos de tu información médica que se han hecho personas o entidades en los últimos seis años, pero no antes del 14 de abril de 2003 (tal lista no incluirá los accesos hechos conforme a una autorización o para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado médico). Después de que la primera petición, puede haber un cargo.
- **Derecho a Una Copia de Este Aviso.** Puedes pedir una copia de este aviso en cualquier momento, incluso si te han proporcionado una copia electrónica. Puedes obtener una copia electrónica de este aviso en nuestro Web site, [www.beringomega.org](http://www.beringomega.org).

**8. Requisitos con Respecto a Este Aviso.** Bering Omega es obligado por la ley a presentarte de ti este aviso. Nos gobernaremos por este aviso mientras este en efecto. Bering Omega puede cambiar este aviso, y estos cambios serán eficaces para la información médica que tenemos sobre ti así como cualquier información recibimos en el futuro. Cada vez que visitas Bering Omega para los servicios del cuidado médico, puedes recibir una copia del aviso en efecto en ese entonces.

**9. Quejas.** Si crees que tus derechos de privacidad han estado violados, puedes archivar una queja con Bering Omega o con la secretaria del departamento de Estados Unidos de servicios de salud y humanos. *No estarás penalizado en ninguna manera por hacer una queja a Bering Omega o el departamento de los servicios de salud y humanos.*

Contacto: Llamar Anne Reed, Vice Presidente de Operaciones a 713-341-3777 si:

- tienes cualquier pregunta sobre este aviso;
- tienes alguna queja;
- deseas pedir restricciones en aplicaciones y accesos para el tratamiento del cuidado médico, pago, u operaciones; o
- deseas obtener una forma para ejercitar el tu derecho individual descrito en el párrafo 6.

---

Firma

---

Nombre

---

Fecha

# Programa de Ayuda para Envoltura

## HOPWA – RENTA A CORTO PLAZO/HIPOTECA/UTILIDADES (STRMU)

### Reconocimiento del Cliente

En un esfuerzo de prevenir falta de vivienda, Los Servicios Comunitarios de Bering Omega, (BOCS) Programa de Envoltura les ofrece ayuda financiera a individuos con VIH/SIDA que no puede pagar su renta, hipoteca o la factura de utilidades debido a un acontecimiento inesperado. Clientes deben demostrar la necesidad para la ayuda financiera por documentación y someter durante su cita.

El personal del programa es responsable de valorar, verificar y documentar la incapacidad del cliente para hacer los pagos necesarios. Las necesidades valoradas deben demostrar responsabilidad para costos reales, y determinar que los ingresos de la casa no están disponibles para dirigir las necesidades actuales de cliente debido al acontecimiento inesperado.

1. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Comprendo que la ayuda de STRMU es basado en necesidades y beneficiar clientes que son temporalmente incapaz de pagar mensualmente los gastos de vivienda y utilidades debido a Situaciones financieramente inesperadas.
2. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Comprendo que pagos de STRMU son hechos para prevenir corte de operaciones de desahucio o utilidades. Todo pago será enviado directamente al propietario y empresas de servicio público.
3. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Comprendo que ayuda de STRMU no es un servicio garantizado ni es destinado para proporcionar ayuda continuamente o suplementaria.
4. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Comprendo que debo proporcionar documentación sobre el acontecimiento/situación inesperada en el momento de mi cita.
5. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Comprendo que el fracaso de no someter los documentos necesarios en el tiempo requerido puede resultar en el no recibir asistencia.
6. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Comprendo que si proporciono información fraudulenta, no recibiré ayuda de los Servicios Comunitarios de Bering Omega.
7. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Comprendo que copias de documentos necesarios serán tomadas por el personal del programa para ayudar con la revisión de mi petición para asistencia.
8. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Comprendo que ninguna copia de mi archivo se puede entregar a mi en el futuro.
9. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Comprendo que la cantidad de ayuda de STRMU es determinada por la hoja de presupuesto económico y será explicada a mí por el especialista de vivienda.
10. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Comprendo que la cantidad de ayuda aprobada en cualquier mes anterior puede ser diferente a la cantidad aprobada en este mes.
11. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Comprendo que clientes son vistos por cita solamente y las citas son planificadas en la orden en que se recibe la llamada por la línea de citas.
12. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente      Para planificar una cita, yo debo llamar la línea de citas al numero **713-341-3767**, dejar mi nombre, numero de teléfono y un breve mensaje y mi llamada será regresada dentro de 48 horas.

13. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente Comprendo que si tengo cita con otra agencia de HOPWA en este mismo mes, no puedo recibir ayuda de envoltura por los Servicios Comunitarios de Bering Omega.
14. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente Comprendo que es necesario llegar 15 minutos antes de mi cita planificada.
15. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente Comprendo que puedo solicitar ayuda del programa de STRMU cinco (5) veces dentro de un periodo en doce (12) meses basado en la disponibilidad de citas.
16. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente Comprendo que 5 meses de ayuda de STRMU no son un derecho.
17. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente Comprendo que debo mantener toda cita con el especialista de vivienda o cancelar por lo menos 24 horas en el avance de no poder asistir ha la cita planificada.
18. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente Comprendo que llamando del servicio de teléfono de Cricket, mi mensaje no puede ser captado. por el sistema telefónico de los Servicios Comunitarios de Bering Omega y mi mensaje no puede ser recibido.
19. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente Comprendo que mientras en las oficinas de los Servicios Comunitarios de Bering Omega yo me abstendré de insultar, usar idioma abusivo, gritar o levantar mi voz.
20. \_\_\_\_\_  
Inicial del cliente Comprendo que no vendré ha las oficinas de los Servicios Comunitarios de Bering Omega bajo la influencia de ningún alcohol o droga ilegal.

Con mi firma debajo doy ha reconoce r que he leído y he comprendido esta forma.  
Esta forma ha sido explicada a mí y yo seré dado una copia.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente imprimado

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Con mi firma abajo, yo reconozco que esta forma ha sido explicada y una copia ha sido dada al cliente listado arriba.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Personal de BOCS imprimado

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal de BOCS

\_\_\_\_\_  
Fecha