



PROGRAMA DE ASISTENCIA - TBRA 2010

Estimado Cliente:

Bienvenido al Programa de TBRA y la Oficina de Asistencia de Bering Omega. Los servicios de nuestra oficina están reservados exclusivamente para individuos con el 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, reglas y términos al ser cliente del programa de la Oficina de Asistencia de Bering más 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. Prueba de aplicación y aprobación de la residencia de donde busca asistencia**, Ejemplos son, aplicación aprobada de los apartamentos o del dueño de la propiedad que indique la cantidad de la renta, deposito y la fecha en la cual se espera mudar, un carta en membrete de que indique la cantidad de la renta, deposito y la fecha en la cual se espera mudar.

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 consejador financiero, hablar no menos de 24 horas anticipadamente en cuando se informe de no poder asistir a su cita.
- Informar a su consejador 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**

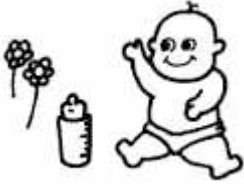
Su cita ha sido planificada para:

_____ a las _____ AM/PM

En: _____

Bering Omega

Community Services



¿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**

FORMA DE ADMISIÓN

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE LAS RESPUESTAS AL SIGUIENTE 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 soletera _____

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
- 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
- Hispano/Latino
- Otro

IDIOMA PRIMARIO

- 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 \$ _____

Numero de cuartos en apt/casa _____

Fecha de Diagnosis: _____

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 familia 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

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 _____

Reglas y Responsabilidades del Programa TBRA durante el Término de Ayuda

1. Los clientes del Programa **TBRA** son requeridos a seguir las reglas y responsabilidades del programa como una condición de recibir asistencia con fondos de HOPWA
2. Los clientes del Programa **TBRA** deben leer y firmar una copia que explica las Reglas y Responsabilidades del Programa antes de recibir asistencia.
3. Los clientes del Programa **TBRA** deben proporcionar toda documentación solicitada por fechas indicadas y hechas por el personal durante el término de asistencia del programa TBRA. El fracaso en proporcionar la documentación por la fecha indicada puede constituir el motivo para la terminación del programa
4. Los clientes del Programa **TBRA** deben someter toda documentación requerida antes de ayuda recipiente. Los participantes que falsifican algún documento o proporcionan información inexacta de cualquier tipo incluyendo, pero no limitado a, información médica, las personas que viven en el departamento, la composición, y los ingresos son susceptibles a la terminación del programa de TBRA.
5. Las residencias de los clientes en el Programa **TBRA** deben tener una inspección que es requerida por HUD, Estándares de Calidad de Envoltura (24 CFR § 574.320 HQS) antes de participación en el programa y aplicable estándares designados en el CFR §574.320 y subsiguiente HQS inspecciones para cualquier mudanza durante el termino del programa TBRA.
6. Los clientes en el Programa **TBRA** comprenden que toda envoltura asistida bajo 24 CFR § 574.300 (b) (3), (4), (5), y (8), incluyendo el Programa de la Ayuda de la Renta de HOPWA, debe proporcionar un ambiente seguro de envoltura que incluye un **Detector de Humo** que es en conformidad con el Código de Propiedad de Tejas – Capítulo 92.
7. La cantidad de la ayuda a los clientes del Programa **TBRA** para alquiler es determinada utilizando la forma del cálculo de HUD. Una vez que la cantidad es determinada, un cheque será mandado directamente al propietario mensualmente durante el término de la participación en el programa. Los participantes deben pagar su porción de alquiler al propietario directamente. El fracaso en pagar su porción de alquiler puede constituir el motivo para la terminación del programa.
8. Los clientes en el Programa **TBRA** deben asegurar que todas las cuentas de utilidades sean pagadas en una manera oportuna. La electricidad, la agua/alcantarilla, o cuentas de utilidad de gas que son suspendidas o son terminados debido a impago por el participante puede constituir el motivo para la terminación del programa. Los participantes deben proporcionar copias de cuentas de utilidad cada dos meses.
9. Los clientes en el Programa **TBRA** entienden y están de acuerdo con una evaluación provisional cada cuatro (4) meses durante el término de la participación en el programa.

10. Los clientes en el Programa **TBRA** deben respetar todas las provisiones en su arrendamiento. Los clientes que rompen su arrendamiento o violan sus provisiones son susceptibles a la terminación del programa. Los clientes que son desahuciados por su propietario por la infracción de provisiones de arrendamiento son susceptibles a terminación del programa.
11. Los clientes en el Programa **TBRA** deben notificar el personal del programa en escritura de cualquier cambio en el tamaño de personas que viven en la casa, en la composición, o en los ingresos, dentro de diez (10) días del cambio. El fracaso en informar los cambios puede constituir el motivo para la terminación del programa.
12. Los clientes en el Programa **TBRA** son requeridos a establecer un Plan de Envoltura, dirigiendo los asuntos tales como, la independencia financiera, asistencia médica, el transporte, asistencia médica y de salud mental. Igual como planes de descarga al término del programa con el personal en la iniciación de servicios. El Plan de la Envoltura debe ser revisado durante la participación y antes de la salida del programa. El fracaso en conformarse con el Plan de Envoltura puede constituir el motivo para la terminación del programa.
13. El cliente en el Programa **TBRA** Quién desea moverse, en conformidad con su arrendamiento deben dar al personal de Ayuda de Envoltura nota escrita por lo menos de treinta (30) días antes de su mudanza. El fracaso en dar nota escrita en el tiempo requirió puede constituir el motivo para la suspensión de ayuda y/o la terminación del programa.
14. Los clientes en el Programa de **TBRA** deben notificar el personal de Ayuda de Envoltura si ellos estarán lejos de su hogar más de treinta días. Si el personal de asistencia no puede comunicarse con el cliente por un mínimo de tres (3) llamadas de teléfono y una (1) carta dentro de un periodo de treinta (30) días, el cliente puede constituir el motivo para la terminación del programa
15. Los clientes en el Programa de **TBRA** entienden que los pagos de asistencia son basados en la financiación de la Beca por HOPWA por la Ciudad. El personal de Ayuda de Envoltura le dará a los clientes un aviso de treinta (30) días por nota escrita de la terminación de asistencia, si no hay financiación.

Por mi firma debajo yo verifico que entiendo y concuerdo en respetar las Reglas del Programa y Responsabilidades durante el término de Asistencia del Programa TBRA.

Firma Del Cliente

Fecha

Firma Del Personal

Fecha

Bering Omega

Community Services

APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA - TBRA

MES _____ AÑO _____

POR FAVOR IMPRIMA SU NOMBRE

Apellido:	Primero:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
Teléfono:	Teléfono Celular:	SS #

Solicito ayuda del programa de Asistencia de TBRA por Los Servicios Comunitarios de Bering Omega, por las razones siguientes:

Verifico que lo siguiente esta a mi nombre o de mi esposo:

Renta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Electricidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Agua <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	--	--	---

Acuerdo guardar confidencial la identidad, el nombre, o cualquier otra información sobre cualesquiera otros clientes que pueda venir en contacto con, mientras que en 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 ayuda de STRMU o TBRA con cualquier otra agencia de envoltura para el mismo mes en el que he solicitado ayuda por los Servicios Comunitarios Bering Omega.

Entiendo que si aplico o he solicitado ayuda para el mismo mes, entonces yo seré terminado de servicios recipientes en los Servicios Comunitarios de Bering Omega. 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 sin pintura con base de plomo.

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

Firma del Cliente:	Fecha:
---------------------------	---------------

For Office Use Only

Client ID _____

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

Rent	Vendor	Account #	Amount	Date	Date



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. 51st 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 prejudicial 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.)
- Para realizar el tratamiento, el pago, y operaciones del cuidado médico en función a través de socios, por ejemplo, para instalar unas nuevas computadoras.

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.

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