



**PROYECTO DERECHO DESDE EL PRINCIPIO
WEST VIRGINIA DEPARTAMENTO DE SALUD Y RECURSOS HUMANOS
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA CLIENTE**



NOMBRE: _____ **SSN:** _____
(Last) (First) (MI)

DERECHOS	RESPONSABILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibir tratamiento y consideración profesionales. ▪ Participar en el desarrollo del plan de <i>cuidado</i> y en la selección de servicios. ▪ Elegir la agencia que proveerá los servicios <i>seleccionados</i>. ▪ <i>Dudar</i> de cualquier acción planificada. ▪ <i>Rechazar todo o cualquier servicio</i>. ▪ Quitar la coordinación de <i>cuidado</i> a toda hora sin pena y sin perder elegibilidad de cualquier otro programa. ▪ Rever or recibir una copia de sus <i>récords</i>. ▪ Participar a toda hora durante el <i>período elegible</i> aunque haya rechazado los servicios <i>de antes</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Quedarse con</i> toda cita médica. ▪ <i>Quedarse con</i> toda cita <i>por</i> otros servicios identificados en el plan de <i>cuidado</i> y seleccionados por la cliente. ▪ Obtener todas las <i>pruebas médicas pedidas</i>. ▪ Informarnos de cualquier cambio de señas o de número de teléfono. ▪ Informarnos de cualquier cambio en su condición médica. ▪ Informarnos de cualquier cambio en su ambiente casera que afecte su condición médica. ▪ Para proveerle a la trabajadora – Care Coordinator – un ambiente seguro para las visitas.

PARA INFORMARNOS DE PROBLEMA O CAMBIO, POR FAVOR LLAME:

Si cree que se le ha negado cualquier de estos derechos, puede hablar con el Proyecto Derecho Desde El Principio por teléfono a 1-800-642-8522 o por correo a 350 Capitol Street, Room 427, Charleston, West Virginia 25301-3714.

CLIENTE:

He leído y entiendo mis responsabilidades y derechos y desde ahora permito que mi récord de Derecho Desde El Principio o el récord de mi *niño* sea mandado por el Coordinador de Cuidado a las agencias que participan en mi cuidado.

(Firma) (Fecha)

COORDENADOR DE CUIDADO DESIGNADO:

He reviso los derechos y responsabilidades con esta cliente.

(Firma) (Fecha)

PERMISO PARA CUIDANIÑOS

Yo, _____ Padre/Guardian de _____
(Niño)
 permito que _____ hable de y planifique el *cuidado* de mi niño en
(Coordinador de Cuidado Designado)
 mi ausencia con _____
(Cuidaniños)

(Firma de Padre/Guardian de) (Fecha)

(Firma de Coordinador de Cuidado Designado) (Fecha)

COMMENTS: *

*Por favor identifique otra(s) persona(s) que le(s) permite ser *cuidaniños*.