

## PROGRAMA WORK FIRST (TRABAJAR PRIMERO)

### PERSONA REFERIDA A UN PROFESIONAL CALIFICADO EN ABUSO DE SUSUTANCIAS

Esta forma debe ser completada cuando el solicitante o beneficiario del programa Work First es referido para tener una evaluación más profunda por parte de un Profesional Calificado en Abuso de Sustancias.

#### Información de la Agencia que Refiere a la Persona

Condado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Persona que refiere \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

- Contácteme para más información.  
 Déjeme saber la fecha y la hora de la cita para la persona referida.  
 Contácteme si la persona no asiste a la cita.

#### Información del Solicitante o Beneficiario

Nombre de la persona referida: \_\_\_\_\_ PDC#: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Firmada con Consentimiento para Dar Información Confidencial (DSS-8219)  SI  NO

Información de Uso de Sustancias (DSS-XXXX) se dio a solicitante o beneficiario  SI  NO

Razón por la que se refiere a la persona	Mandatoria <sup>1</sup>	Opcional <sup>2</sup>
Evaluación de Salud Mental o referido a LME-MCO para evaluación		
Evaluación a causa de resultados en AUDIT		
Evaluación por un crimen H & I (Carolina del Norte)		
Determinación de haber completado satisfactoriamente tratamiento de uso de sustancias		
Determinación de Participación Satisfactoria en Tratamiento de Uso de Sustancias		
Información y referencia por desórdenes en uso de sustancias y tratamiento		

<sup>1</sup> Mandatoria- El referir a la persona es un requerimiento. Es una condición de elegibilidad para el solicitante o beneficiario.

<sup>2</sup> Opcional – No es una condición de elegibilidad para el solicitante o beneficiario.

Comentarios: \_\_\_\_\_