

**PROGRAMA WORK FIRST (TRABAJAR PRIMERO) Y SERVICIO DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN
PERSONA REFERIDA A UN PROFESIONAL CALIFICADO EN ABUSO DE SUSUTANCIAS**

Esta forma debe ser completada cuando el solicitante o beneficiario del programa Work First y Servicio de Alimentos y Nutrición 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: _____ <input type="checkbox"/> Contácteme para más información. <input type="checkbox"/> Déjeme saber la fecha y la hora de la cita para la persona referida. <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Información de Uso de Sustancias (DSS-XXXX) se dio a solicitante o beneficiario		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Razón por la que se refiere a la persona	Mandatoria¹	Opcional²	
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			

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

² **Opcional – No es una condición de elegibilidad para el solicitante o beneficiario.**

Comentarios: _____
