

CONVENIO DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR

Mi familia acepta unirse al programa FaDSS. Entendemos que FaDSS ayuda a nuestra familia a alcanzar nuestras metas de bienestar y autosuficiencia. Aceptamos trabajar con nuestro especialista en FaDSS durante nuestro tiempo en el programa. Como familia que participa en FaDSS, entendemos y aceptamos lo siguiente:

1. Trabajaremos para lograr autosuficiencia y bienestar en toda nuestra familia.
- Nuestra familia puede esperar ser tratada de manera ética, honesta, justa y respetuosa sin importar edad, raza, origen étnico, origen nacional, discapacidad, religión, o estado familiar. Nuestras creencias, cultura y valores son respetados y valorados.
2. En cualquier momento podemos hacer preguntas de la manera que mejor satisfaga nuestras necesidades. Podemos solicitar información por escrito o verbalmente, en el idioma de nuestra preferencia, y podemos solicitar adaptaciones relacionadas con la discapacidad en cualquier momento. También podemos solicitar que FaDSS proporcione un intérprete de idiomas.
3. Acordamos reunirnos con nuestro especialista de FaDSS dos veces al mes durante nuestros primeros tres meses en el programa. Acordamos reunirnos al menos mensualmente después de eso.
4. Cuando sea posible, avisaré con anticipación cuando necesite reprogramar una visita domiciliaria con mi especialista.
5. Trabajaremos activamente con nuestro especialista para explorar y establecer metas para el éxito de nuestra familia.
6. Entiendo que se me dará la oportunidad de participar y completar las evaluaciones proporcionadas por mi especialista para ayudar a guiar el establecimiento de objetivos y las actividades.
7. Podemos solicitar referencias a otros recursos o programas que puedan ser útiles para nuestra familia.
8. Nuestro especialista de FaDSS puede abogar por nuestra familia o junto con ella mientras trabajamos para alcanzar nuestras metas.
9. Lo que compartimos con nuestro especialista de FaDSS, incluida la documentación del registro del caso, se mantendrá confidencial a menos que demos permiso por escrito. Puede haber situaciones limitadas en las que nuestro especialista de FaDSS pueda compartir información confidencial sin mi permiso por escrito. Estas incluyen lo siguiente: Si nuestra familia enfrenta un peligro o daño inminente. En el caso de sospecha de abuso o negligencia infantil, nuestro especialista de FaDSS puede compartir información relevante

con nuestros trabajadores de PROMISE JOBS o de mantenimiento de ingresos (si corresponde y es apropiado).

10. Los datos recopilados en el FaDSS program son propiedad del Iowa Department of Health and Human Services y se utilizan para respaldar el programa, las operaciones y la mejora de la calidad. El personal de FaDSS incluye personal del HHS que administra el programa, así como contratistas externos al HHS que trabajan en el FaDSS program. Aceptamos que los datos recopilados en el FaDSS program pueden proporcionarse al personal y a los contratistas de FaDSS que los necesiten para brindar servicios.
11. El especialista de FaDSS solamente podrá realizar búsquedas electrónicas de miembros de la familia con mi consentimiento previo y cuando sea necesario y relevante para la prestación de servicios. Las excepciones para obtener mi consentimiento incluyen emergencias cuando un miembro de la familia representa un riesgo grave e inminente de daño a sí mismo o a terceros.
12. El especialista de FaDSS puede solicitar que las mascotas estén contenidas en un área separada durante las visitas si la mascota muestra signos de agresión.
13. Aceptamos que cualquier artículo potencialmente peligroso, como armas o sustancias ilegales, se guardará durante las visitas.
14. Si alguien en el hogar está intoxicado o bajo la influencia al momento de una visita, entiendo que la visita será reprogramada.
15. Proporcionaremos información precisa a mi Especialista para revisiones de elegibilidad dentro del período de tiempo indicado.
16. Podemos continuar participando en FaDSS hasta que ya no cumplamos con los criterios de elegibilidad del programa, ya no participemos activamente en el programa o decidamos salir del programa.
17. Podemos retirarnos voluntariamente de FaDSS en cualquier momento.

Si tenemos inquietudes sobre la participación en FaDSS o cualquiera de los puntos acordados anteriormente, podemos comunicarnos con el Coordinador de FaDSS dentro de los diez (10) días posteriores a la inquietud o incidente.

Informacion del Coordinador

Nombre:

Teléfono:

Coreo electronico:

Si no estamos satisfechos de que el coordinador de FaDSS haya resuelto neustras dudas, podemos ponernos en contacto con el Gerente del Programa Estatal de FaDSS.

Dirección

Teléfono

Page Humphrey, Community Services Bureau Chief
FaDSS@hhs.iowa.gov

515-343-6459

Lucas State Office Building, 3rd Floor
321 E 12th St
Des Moines, Iowa 50319

Firma de la Familia:	Firma De la Familia:
Nombre	Nombre
Fecha	Fecha
Firma de la Especialista:	
Nombre	
Fecha	