

COVID-19 - Evaluación

Fecha de la sesión: _____ Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento del cliente: _____ ID del cliente: _____

Dirección del cliente: _____

Números de teléfono del cliente: _____

Proveedor y organización: _____

Sección I - El cliente es elegible para los servicios de subsidio de emergencia por COVID-19, si se cumplen los criterios 1 y 2.

Elegibilidad para subsidios

1. El cliente debe tener 18 años o más, ser residente del estado de Iowa y (se requiere un mínimo de uno) dentro del último año:
 - a. haber recibido un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias y/o;
 - b. haber recibido un diagnóstico de salud mental menos serio que el de una enfermedad mental grave (como se indica en 1. c.) y/o;
 - c. haber recibido un diagnóstico de una enfermedad mental grave (la enfermedad mental grave es definida como alguien que tiene un diagnóstico mental, conductual o de trastorno emocional que causa un deterioro funcional grave que sustancialmente interfiere o limita una o más actividades importantes de la vida).

2. El cliente se vio afectado financieramente, personal o mentalmente por el COVID-19:
 - a. Se vio afectado financieramente por el COVID-19 (es decir, la pérdida de empleo de una persona o de un miembro del hogar debido al COVID-19);
 - b. Se vio afectado personalmente por el COVID-19 (es decir, él mismo o un miembro de su familia fue diagnosticado con COVID-19);
 - c. Se vio afectado mentalmente por el COVID-19 (es decir, un aumento de la ansiedad debido a las condiciones de estrés, como el cuidado de un ser querido con COVID-19 o la pérdida de un ser querido);
 - d. Desarrolló o experimentó un aumento en los síntomas de la salud mental y/o trastorno por consumo de sustancias.

3. A los fines de la recopilación de datos, informe si este paciente es un profesional de la salud:

SÍ o NO

Todos los participantes del subsidio de Emergencia por COVID-19 son elegibles para una de las dos siguientes vías de recuperación

- 1. Tasa de casos con servicios de ayuda para la recuperación o**
- 2. Coordinación de la atención con los servicios de ayuda para la recuperación**

Como parte del Proceso de admisión, documente la necesidad, la solicitud y la falta de otro pago por los siguientes servicios:

1. Tasa de casos con servicios de ayuda para la recuperación

- Tasa de casos (mínimo de 2 servicios clínicos al mes para incluir Entrevistas de GPRA)
- Gestión de contingencias (tarjetas de regalo de \$15 por cada tres sesiones clínicas asistidas; máximo de quince sesiones clínicas asistidas (limitado a no más de un incentivo por semana))
- Tratamiento farmacológico - MAT
- Transporte - Tarjetas para la compra de gasolina/Pases de autobús

2. Coordinación de la atención con los servicios de ayuda para la recuperación

- Copago/Coseguro
- Coordinación de la atención
- Gestión de contingencias (tarjetas de regalo de \$15 por cada tres sesiones clínicas asistidas; máximo de quince sesiones clínicas asistidas (limitado a no más de un incentivo por semana))
- Tratamiento farmacológico - MAT
- Transporte - Tarjetas para la compra de gasolina/Pases de autobús

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del proveedor/testigo: _____

Fecha: _____