Pólizas para la Continuidad de Tratamiento para Clientes de CalWORKs en Nuestra Clínica

Estimado Participante del Programa CalWORKs:

¡Bienvenidos a nuestra clínica! Usted ha sido enviado a nuestra clínica por asistencia para superar los obstáculos emocionales que le impiden trabajar. Hacia esta meta, nosotros le animamos hacer el compromiso de participar en el proceso de tratamiento. Esperamos que usted aproveche los recursos disponibles para ayudarle en nuestra clínica.

Su tratamiento en _____ es parte
Nombre de la Clínica
de su contrato de GAIN. Es importante que usted asista a todas sus citas. **Su asistencia va a ser comunicada a su trabajador de GAIN.** Si usted faltara a sus citas, habría consecuencias por GAIN. Si no puede asistir a una cita, por favor llame a su terapeuta o a su trabajador aquí en la clínica para cancelar la cita y hacer una nueva lo mas pronto posible. **Si usted falta a 3 citas, su caso aquí en la clínica puede ser cerrado.** Además, si usted no tiene contacto con la clínica por 30 días o más, su caso puede ser cerrado. Tratamiento regular es importante para ayudarle en alcanzar sus metas. Si usted identifica obstáculos específicos--por ejemplo, problemas con la transportación o con el cuidado de sus hijos—favor de hablar con su terapeuta y/o a su trabajador de GAIN para llegar a una solución.

Usted puede llamar a la clínica a _____ desde las
Numero de Teléfono de la Clínica
_____ por la mañana hasta las _____ por la tarde. Si tiene una emergencia después de las horas regulares, puede llamar a la línea de crisis del Condado a (800) 854-7771.

Yo entiendo las pólizas descritas aquí y estoy de acuerdo. Quiero participar en tratamiento en _____.
Nombre de la Clínica

_____ _____
Firma de Cliente Fecha

08/05