Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

# ADATSA/DERIVACIÓN PARA EVALUACIÓN DE UN ADULTO
# ADATSA/ADULT ASSESSMENT REFERRAL

| CSO DE DERIVACIÓN: | FECHA: |
|---|---|
| | |

## SECCIÓN A. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

1. APELLIDO DEL CLIENTE, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE

2. FECHA DE NACIMIENTO

3. NÚMERO DE CLIENTE DE ACES

4. SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino

5. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

6. NÚMERO DE TELÉFONO O DE MENSAJES DEL CLIENTE

7. ¿HABILIDAD LIMITADA EN INGLÉS? IDIOMA PRINCIPAL: ☐ Sí ☐ No

8. DIRECCIÓN: CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

## SECCIÓN B. INFORMACIÓN SOBRE LA CITA DE EVALUACIÓN

1. NOMBRE DEL CENTRO /ENTIDAD QUE HIZO LA EVALUACIÓN

2. NÚMERO DE TELÉFONO

3. DIRECCIÓN

4. FECHA DE LA CITA

5. HORA DE LA CITA

**Por favor tome nota:** Lleve este formulario *(y todos los adjuntos)* a su cita. El incumplimiento de esta cita podría dar como resultado la denegación, retraso o terminación de sus beneficios. Si se niega a aceptar un programa de tratamiento, según lo prescrito por el centro de evaluación, significa que usted rechaza el tratamiento, lo cual podría resultar en denegación, terminación, y una posible sanción. Si tiene preguntas sobre los requisitos de tratamiento, por favor pregunte a su trabajadora de la CSO.

## SECCIÓN C. PARA EL CENTRO DE EVALUACIÓN

1. FECHA DE LA SOLICITUD

2. NOMBRE DE LA AGENCIA QUE HIZO LA DERIVACIÓN, QUE NO SEA LA CSO [POR EJEMPLO EL HOSPITAL, CÁRCEL, CENTRO DE DETOXÍFICACIÓN (DETOX), ETC. SI FUESE APLICABLE]

3. NÚMERO DE TELÉFONO DE LA AGENCIA

4. TIPO DE CLIENTE (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

☐ TANF ☐ PPW ☐ ADATSA ☐ SSI/GAX ☐ Otro: _____

5. GRUPO DE PRIORIDAD:

☐ Embarazada ☐ Derivación de CPS ☐ Medicamento I.V. (intravenoso) ☐ HH/Niños ☐ ADATSA regular (sin prioridad)

6. El cliente nombrado más arriba es (marque en el recuadro apropiado): ☐ Solicitante ☐ Actualmente Beneficiario ☐ Transferido de otro programa

☐ A. El cliente es elegible para el Título XXI CNP. **Número de PIC:** _____

☐ TANF ☐ SSI ☐ Otro: _____ Ó ☐ Adjunte copia impresa de la tarjeta médica

☐ B. Solicita únicamente servicios de ADATSA

☐ C. ☐ ADATSA y GAU (solicita ambos) ☐ Se ha establecido su elegiblidad para GAU ☐ Está pendiente su elegibilidad para recibir GAU

☐ D. Otro motivo por el que este cliente ha sido derivado: _____

7. ☐ Otros problemas de salud o incapacidad: _____

☐ A. Quedan pendientes otras evaluaciones (indique el tipo y la fecha en que están programadas) _____

☐ B. Información médica/psicológica adjunta ☐ Información de la evaluación adjunta

☐ C. Necesidades especiales de este cliente. Describa: _____

**8. Comentarios/Otros:** _____

9. TRABAJADOR FINANCIERO/ADMINISTRADOR DE CASO NÚMERO DE TELÉFONO

10. TRABAJADOR SOCIAL NÚMERO DE TELÉFONO

## INSTRUCCIONES PARA EL(LA) TRABAJADOR(A)

The initiating worker:

1. Enters the referring community Services Office (CSO) name and current date.
2. Completes Section A, including the client's full name. The full middle name (not just initial) is requested.
3. Completes Section B when the assessment appointment is established.
4. Completes Section C:
   A. Item 1 designates date the application was initiated.
   B. Completes Items 2 and 3 by entering the name and telephone number of the agency or other entity that prompted the individual to seek chemical dependency services.
   C. Item 4 designates client's program type(s).
   D. Completes Item 5 designating the client's priority category by:
      1) Checking "Pregnant" for anyone currently pregnant or up to two months postpartum;
      2) Checking "CPS Referral" for anyone that is a direct referral for chemical dependency services from Children Protective Services;
      3) Checking "I.V. Drug" for anyone that is an intravenous drug user;
      4) Checking "HH/Children" for individuals with children in the home;
      5) Checking "No Priority" for everyone not included in the first four priorities.

NOTE: If the client is pregnant, contact the local assessment center immediately for an assessment, as these individuals are fast tracked through the assessment process.

   E. Completes either A, B, or C in Item 6, as appropriate. If Item A is checked, indicate Title XIX the PIC code for medical coverage.

5. Completes Items 7 and 8 as needed. Checks Item 7C if the client has a special need.
6. Completes Items 9 and/or 10 with the names and telephone numbers of the referring financial and social workers.