



Actualizado 02/2019

Alabama Department of Mental Health (ADMH)
Departamento de Salud Mental de Alabama
Oficina de Servicios para Personas Sordas

Notificación de Derecho a Asistencia Lingüística Gratuita
Para Individuos Que Utilicen Un Idioma Hablado Que No Sea Inglés

(Este formulario debe ser presentado de una manera que el consumidor pueda fácilmente entender. Esto normalmente significa el idioma preferido del consumidor)

El lenguaje no debe ser cambiado debajo de esta línea.

Caso # _____ Nombre de Centro / Proveedor _____

Yo, _____, reconozco que se me ha informado que es importante para mi cuidado recibir el servicio en el idioma que mejor entiendo (mi idioma de preferencia) y / o en un modo de comunicación que sea más fácil de entender.

Mi idioma de preferencia es: _____

Se me ha informado que la agencia está dispuesta y puede proveer, sin costo para mí, un proveedor de servicios clínicos que habla con fluidez mi idioma de preferencia, un intérprete profesional calificado y / o acomodaciones apropiadas. He decidido:

- ☐ Quiero trabajar con un proveedor de servicios clínicos que se comunique con fluidez en mi idioma de preferencia para servicios clínicos directos. Entiendo que un intérprete calificado podría ser utilizado cuando un proveedor de servicios clínicos que habla con fluidez mi idioma de preferencia no esté disponible.
- ☐ Yo quiero trabajar con un intérprete calificado. La evaluación será completada por la agencia y documentación de las calificaciones del intérprete serán incluidos en mi expediente permanente.
- ☐ Prefiero usar la siguiente persona como mi intérprete: _____. Estoy de acuerdo de no hacer responsable mi proveedor de servicios clínicos, ADMH o sus programas de contratistas por ningún resultado adverso que puede resultar del uso de esta persona como mi intérprete. (Esta persona no puede ser un familiar o persona menor de 18 años.) La agencia o ADMH puede determinar que la persona no es capaz o apropiada para realizar este trabajo. En tal caso, la persona mencionada anteriormente se puede quedar como sistema de apoyo.
- ☐ Otro, favor de especificar: _____
- ☐ Yo no quiero asistencia lingüística / de comunicación gratuita provista por ADMH o sus contratistas mencionados anteriormente. Estoy de acuerdo de no hacer responsable mi proveedor de servicios clínicos, o cualquier otro personal en ADMH o sus programas de contratistas por cualquier consecuencia adversa que pueda suceder como resultado de mi decisión.

Entiendo que, si mi equipo de tratamiento solicita acomodación accesible provista por ADMH o un proveedor contratista, se le proveerá para ellos. Igualmente, entiendo que puedo cambiar de pensamiento en cualquier momento. Esta renuncia expira un (1) año de la fecha en que se firme. Entiendo que puedo cambiar mi selección en cualquier momento completando una nueva renuncia.

Firma de Consumidor

Firma de los Padres o Guardián
(si aplica)

Fecha

Firma de Proveedor

Firma de Personal o intérprete que habla con fluidez el idioma de preferencia del consumidor. (si el idioma de preferencia del consumidor no es inglés)

Si el personal o intérprete que provee la explicación de este documento está en un local remoto, su nombre o número de identificación, información de contacto, y credenciales lingüísticas estarán listados abajo:

Nombre / ID #: _____ Información de Contacto: _____

Idioma y/o Credenciales de Interpretación: _____

Nota: Si el consumidor ha indicado que él o ella no desea aprovechar la asistencia lingüística gratuita, esta renuncia debe ser documentado por escrito. Se debe hacer todo el esfuerzo para asegurar que el consumidor completamente entienda su derecho a comunicación accesible en su idioma de preferencia a través de un proveedor de servicio clínico que tiene fluidez en el idioma preferido, un intérprete u otro proveedor apropiado y que tal asistencia se le proveerá sin costo. Un proveedor que no comparte el idioma de preferencia del consumidor no cumple con el estándar de esta notificación. Conforme al requisito del Título VI este documento debe ser archivado en el expediente permanente del consumidor y se le debe dar una copia al consumidor.