

*Dedicated to the Health
Of the Whole Community*



Mental Health Department
828 South Bascom Avenue, Suite 200
San José, California 95128
Tel (408) 885-5770
Fax (408) 885-5788
Fax (408) 885-5789

ANUNCIO DE DISPONIBILIDAD DE VIVIENDAS CONFORME A LA LEY DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (MHSA)

1 de marzo, 2011

Se recomienda a los adultos mayores interesados y elegibles (de 62 años de edad y más) a llenar solicitudes para los dieciséis (16) apartamentos de uno (1) y dos (2) dormitorios, designados en conformidad a la Ley de los Servicios de Salud Mental, ubicados en la Fair Oaks Plaza, 660 South Fair Oaks Avenue, en Sunnyvale, CA 94086, dos cuadras al norte de El Camino Real. Este proyecto cuenta con una sala de reuniones comunitarias, con cocina, lavandería, acceso a computadoras, baños públicos, un lugar para picnic o parrilladas al aire libre, un sistema de alerta para llamadas de emergencia (disponible por un cargo), y un garaje para estacionamiento cerrado y cubierto. El proyecto está ubicado también a un ¼ de milla del Centro Comunitario de Sunnyvale y Braly Park.

Alquiler y Servicios Públicos del MHSA

La cantidad que paga mensualmente el inquilino es treinta por ciento de su ingreso mensual. El inquilino se responsabilizará de pagar por su electricidad. El propietario pagará por el agua, alcantarillado y la basura. El inquilino también tendrá que pagar los servicios telefónicos y de cable si deciden suscribirse.

RESTRICCIÓN DE EDAD

Este fraccionamiento está reservado para personas de la tercera edad que se define como 62 años de edad o más. Todos los miembros del hogar deberán cumplir con esta restricción de edad de 62 años y más.

Criterios para Calificar al Inquilino de MHSA Tenant Qualifying Criteria

Los inquilinos que califiquen deben cumplir con los requisitos establecidos del 1-4 abajo. Estas personas deben:

- a) "Padecer de una enfermedad mental de gravedad":
 - Adultos mayores de bajos ingresos con enfermedades mentales graves, definido por el *Código 5600.3(b)(1) del Bienestar e Instituciones de California*; y
 - Aquellas personas, que al momento de ser evaluadas para los servicios de vivienda, cumplen con el criterio de los servicios de MHSA en su condado de residencia.
- b) "Desamparados, personas sin hogar," que significa vivir en las calles, o que carecen de una residencia fija, regular y adecuada. (Esto incluye los refugios, moteles y situaciones de vida en la que el individuo no tiene derechos de inquilino.)
- c) O "que corren el riesgo de quedarse sin hogar," lo que incluye:
 - Las personas que han sido dadas de alta de instituciones como:
 - Hospitales, que incluyen los hospitales de atención psiquiátrica aguda, instalaciones de salud psiquiátrica (PHD), instalaciones de enfermería especializada (SNF) con programas de tratamiento especializado y certificado para los trastornos mentales (STP), y centros de rehabilitación para la salud mental (MHRC)
 - Crisis y lugares residenciales de transición



- Individuos que han salido de cárceles locales de la ciudad y del condado
 - Individuos colocados temporalmente en instalaciones para el cuidado residencial una vez dados de alta de las instituciones mencionadas anteriormente
 - Individuos que han sido evaluados y están recibiendo servicios del departamento de salud mental del condado, a quienes se considera que están corriendo el riesgo de perder sus casas y convertirse en desamparados, como certificado por el director de salud mental del condado. Estos individuos tienen que ser adultos mayores (de 62 años de edad o más).
2. Los individuos cuyo ingreso anual familiar es menos de \$22,300 (1 persona), \$25,500 (2 personas), \$28,650 (3 personas). Esto representa un 30% de los ingresos medios actuales del área para un tamaño determinado de familia.
 3. Los individuos tienen que cumplir con los siguientes requisitos del condado de Santa Clara:
 - a) Ser “usuarios a nivel medio” de servicios en clínicas o agencias de servicios contratados; es decir clientes enfermos mentales graves que actualmente no necesitan atención 24 horas del día, ni atención a nivel institucional, pero que son incapaces de vivir independientemente, sin los servicios de apoyo. Se trata de clientes que no tienen hogares o están en riesgo de perder sus hogares (de acuerdo a la solicitud para el programa de viviendas del MHSA) (MHSA Housing Program Application) y quiénes:
 - utilizan los servicios de pacientes ambulatorios y por lo general dependen de ellos;
 - son capaces, con el apoyo necesario, de administrar sus actividades diarias y sus medicamentos en una situación de vida independiente, y
 - tienen un ingreso extremadamente limitado o se supone que seguirán recibiendo un ingreso deficiente por los próximos 12 meses;
 (Esto incluye a los nuevos clientes que no han recibido atención anteriormente.)
 - b) Han salido de un lugar de 24 horas de atención y han demostrado éxito o han completado su estadía en un lugar de atención transicional o residencial y que pueden moverse a una vivienda de apoyo permanente como un nuevo paso a su recuperación.

Nota: El personal de la clínica o agencia contratada ayudará a determinar cuáles clientes cumplen con este criterio y recomendarán al candidato al Departamento de Salud Mental MHD.

Para Solicitar.

1. Se pide a los adultos mayores interesados y elegibles que desean llenar una solicitud, de entregar los formularios adjuntos, Eligibilidad para el Programa de Viviendas del MHSA y Consentimiento para Divulgar Información de Salud Confidencial hasta el 27 de abril, 2011 a:

Robert A. Dolci, M.A.
Homeless Concerns Coordinator
Santa Clara County Mental Health Department
650 South Bascom Avenue, Suite A
San José, CA 95128

Los formularios mencionados anteriormente podrán ser entregados o enviados por correo a la dirección de arriba, o por correo electrónico al Sr. Dolci: robert.dolci@hhs.sccgov.org.

2. Todos los adultos mayores de 62 años de edad o más, que desean solicitar una unidad designada por el MHSA, o cualquier otra unidad, tiene que llenar también una solicitud para una unidad hasta el 4 de mayo del 2011 en la siguiente dirección:

915 West El Camino Real
Sunnyvale, CA 94087

Los formularios mencionados anteriormente deberán ser entregados personalmente a la dirección anterior.

Preguntas

Para más información, llamar al Sr. Dolci al (408) 793-6451 o a la Sra. Kathy Bogges al (408) 333-9811.

MHD Staff Use Only:

Date Received _____

Tenant's Unicare #: _____

Date Approved/Denied _____

Tenant's Telephone # _____

Santa Clara County Mental Health Department
Departamento de Salud Mental del Condado de Santa Clara
Formulario de Elegibilidad para el
PROGRAMA DE VIVIENDA BAJO MSHA

NOMBRE: Apellido _____ **Primer nombre** _____

Fecha de nacimiento _____ **# de Seguro Social** _____

Proveedor de servicios _____ **#RU del Proveedor** _____

Administrador del caso _____ **# de Teléfono** _____

Edad por grupo: 0-15 16-25 26-59 60+

Grupo étnico:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> afroamericano | <input type="checkbox"/> chino | <input type="checkbox"/> mexicano / méxicoamericano |
| <input type="checkbox"/> inmigrante africano | <input type="checkbox"/> filipino | <input type="checkbox"/> otro latino |
| <input type="checkbox"/> indio americano / nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> vietnamita | <input type="checkbox"/> europeo de Europa oriental |
| <input type="checkbox"/> caucásico | <input type="checkbox"/> hindú asiático | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> persa / iraní | <input type="checkbox"/> camboyano | |
| <input type="checkbox"/> ruso | <input type="checkbox"/> otro asiático / originario de las Islas del Pacífico | |

¿Usted:

- no tiene hogar?
 corre riesgo de quedarse sin hogar?

¿Usted sufre de:

- una discapacidad física?
 un trastorno de salud que requiere condiciones especiales?

Preferencia de idioma para el tratamiento:

- inglés español vietnamita tagalo chino otro: _____

¿Cuál es su fuente principal de ingresos?

- Trabajo Asistencia general Desempleo SSI SSDI SSA
Otro _____

Ingreso mensual bruto _____ Ingreso anual _____

¿Tiene servicios de beneficiarios representativos? Sí No ¿Tiene fondos reservados? Sí No

¿Dónde vive ahora? _____

Domicilio postal actual _____

¿Alguna vez ha sido desalojado de su vivienda? Sí No

Comentario: _____

¿Quién es su fuente primaria de apoyo? _____

El # de teléfono de esa persona es: _____

Declaro que la información provista es verdadera y entiendo que si he falsificado la información, no tendré derecho al Programa de Vivienda bajo MHSA.

Firma _____

Fecha _____

Posible inquilino

Firma _____

Fecha _____

Miembro de personal del proveedor de servicios

La información concerniente a la raza, nacionalidad, y denominación sexual que se pide en esta solicitud tiene el fin de garantizarle al Gobierno Federal que se están cumpliendo las leyes federales que prohíben la discriminación en contra de los inquilinos solicitantes con base en la raza, color, nacionalidad, religión, sexo, condición familiar, edad y discapacidad. No está obligado a proporcionar esta información, no obstante, lo exhortamos a que lo haga. Esta información no se utilizará para evaluar su solicitud ni para discriminarlo de forma alguna. Sin embargo, si usted opta por no proporcionarla, al propietario se le exige notificar la raza / nacionalidad y sexo de cada uno de los solicitantes con base en su observación visual o apellido.

AUTORIZACION PARA INTERCAMBIAR INFORMACION CONFIDENCIAL DE SALUD

Nombre del Cliente:	Fecha de Nacimiento:
---------------------	----------------------

Yo, *(Nombre del Cliente)* _____ y/o

(Padre/Madre/Guardián Legal/LPS Consevator) _____ autorizo a

(Nombre de la agencia/programa) _____ a enviar y/o compartir con

(Nombre de la agencia/programa/persona) _____ *(Dirección)* _____

la siguiente información, con el conocimiento que esto pone en evidencia que la persona mencionada anteriormente ha recibido servicios de salud mental.

La información compartida debe limitarse específicamente a lo siguiente *(La naturaleza y la cantidad de información compartida debe limitarse únicamente a lo necesario para conseguir el propósito de lo que se intenta)*:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnósis | <input type="checkbox"/> Estado Legal |
| <input type="checkbox"/> Resumen del historial psicosocial y psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Evaluaciones Educativas e Informes de |
| <input type="checkbox"/> Información médica incluyendo resultados de análisis | <input type="checkbox"/> Conducta (incluyendo observaciones en la escuela y tests educacionales) |
| <input type="checkbox"/> Resultados de tests psicológicos y vocacionales | |
| <input type="checkbox"/> Otra información | |

La información anteriormente mencionada debe ser enviada/compartida por razones de evaluación, tratamiento o por las siguientes razones *(Indicar lo más específicamente las razones y cómo la información va ser usada)* _____

Entiendo: 1) Que la información contenida en mis records de salud mental está protegida por las leyes de California según el *Welfare and Institutions Code* y por la leyes federales del *Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996*, y que no puede ser compartida sin mi autorización escrita excepto cuando esté permitido por la ley. Estas excepciones son explicadas en la *Notificación de Prácticas de Privacidad*; 2) Que puedo revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento; y 3) Que si el programa/agencia ha intercambiado información basados en mi autorización, el programa/agencia no tiene la obligación de recuperar dicha información.

Si esta autorización no es revocada antes, caducará automáticamente de la manera siguiente o en la siguiente fecha *(Especificar la condición o la fecha en que la autorización caducará)* _____

Firma del Cliente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Guardián Legal/Conservator _____ Fecha _____

Certifico que he revisado con el cliente or con su representate esta Autorización:

- Certifico que el cliente tiene la capacidad para dar su consentimiento, o que el representante legal del cliente tiene la autoridad legal para actuar en nombre del cliente. Por consiguiente, autorizo a enviar/intercambiar la información anteriormente especificada.
- Certifico que el cliente no tiene la capacidad para dar su consentimiento, o que el representante del cliente no tiene, o no está claro si tiene, la autoridad legal para actuar en nombre del cliente. Por consiguiente, no autorizo a enviar/intercambiar la información anteriormente especificada.

Firma del Empleado Autorizado _____ Fecha _____