TEXAS Health and Human Services

Formulario 3301
Agosto de 2023

Acuerdo familiar del Proyecto del Centro de Tratamiento Residencial

Objetivo: El representante legalmente autorizado (LAR) firma este formulario para iniciar la inscripción de su hijo en el Proyecto del Centro de Tratamiento Residencial (RTC).

Nombre del menor:	Fecha de nacimiento:
Nombre del LAR:	
Correo electrónico del LAR:	Número de teléfono del LAR:
Nombre de la autoridad local de salud mental (LMHA) o la agencia local de salud conductual (LBHA):	

Entiendo y estoy de acuerdo en que:

- Mantendré la responsabilidad legal de mi hijo mientras esté inscrito en el Proyecto RTC.
- Mi hijo reúne los requisitos para participar en el Proyecto RTC porque corre el riesgo de ser puesto bajo la custodia del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS) debido a sus necesidades de salud mental.
- El Proyecto RTC no es una asignación de largo plazo. Mi hijo permanecerá en un entorno residencial por un promedio de seis a nueve meses o más, dependiendo de su progreso.
- La HHSC me avisará si tiene conocimiento de algún problema de seguridad mientras mi hijo esté en un RTC.
- Es posible que la asignación de mi hijo a un RTC no esté disponible de inmediato ni esté garantizada. Si la asignación se retrasa o no está disponible, mi LMHA o LBHA me pondrá en contacto con los servicios de salud mental de la comunidad local para que apoyen a mi hijo y a mi familia.
- El Proyecto RTC ayudará a preparar a mi hijo para que regrese a la casa de mi familiar. Si me niego a aceptar la responsabilidad parental al momento del alta de un centro contratado por el Proyecto RTC, el centro notificará al Centro Estatal de Denuncias del DFPS, poniendo en riesgo mis derechos de conservar la responsabilidad legal.
- El equipo de tratamiento de mi hijo puede sugerir un entorno más restrictivo para ayudar a mi hijo a permanecer seguro.
- Mi familia tiene el derecho a:
    - Estar protegida.
    - Recibir un trato digno y respetuoso.
    - Dar permiso para los servicios de tratamiento.
    - No sufrir discriminación ilegal por motivos de raza, origen nacional, religión, sexo, edad o discapacidad.
    - Ser escuchada. Si tengo alguna duda sobre los servicios que la LMHA o LBHA proporcionaron a mi hijo, me comunicaré con el Ombudsman de la HHSC al 800-252-8154.

Durante la participación de mi hijo en el Proyecto RTC, acepto:

- Trabajar con el administrador de casos de la LMHA o LBHA de mi hijo para llenar el paquete de solicitud del RTC.
- Continuar siendo un participante activo en los servicios de la LMHA o LBHA de mi hijo.
- Participar activamente cada semana en la administración de casos o en los servicios de asesores familiares a través de mi LMHA o LBHA.
- Participar activamente en las sesiones semanales de terapia familiar, en persona, de manera virtual o ambas.
- Participar activamente en las reuniones periódicas del equipo de tratamiento clínico de mi hijo.
- Apoyar la transición de mi hijo de regreso a la comunidad y seguir las recomendaciones del equipo de tratamiento para apoyar estos esfuerzos.
- Informar inmediatamente al DFPS sobre cualquier inquietud de maltrato, negligencia o explotación.
- Informar al administrador del caso de la LMHA o LBHA cada vez que cambie mi situación de vivienda.

Con mi firma a continuación, confirmo que he recibido:

- Explicaciones escritas y verbales del Proyecto RTC y del contenido de este documento.
- Una copia de la guía familiar del Proyecto RTC.
- Una copia de este formulario firmado.
- Información sobre cómo presentar una queja.
- Información sobre cómo denunciar el maltrato, negligencia o explotación.
- Información sobre cómo reportar una sospecha de violación de los derechos civiles.

Nombre del LAR	**Firma del LAR**	**Fecha**
Nombre del funcionario de enlace de la LMHA o LBHA	**Firma del funcionario de enlace de la LMHA o LBHA**	**Fecha**