

Acuerdo familiar del Proyecto de Centros de Tratamiento Residencial

Nombre del menor:	Fecha de nacimiento:
Nombre del representante legalmente autorizado:	
Nombre de la Autoridad Local de Salud Mental (LMHA) o la Agencia Local de Salud Mental (LBHA)	

El objetivo del Proyecto de Centros de Tratamiento Residencial (RTC) es apoyar con tratamientos a las familias con un niño o adolescente en riesgo de ser asignado a la custodia del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección debido a sus necesidades de atención de salud mental. Es probable que su familia haya invertido tiempo en buscar apoyos para su hijo en circunstancias difíciles, nuestro objetivo es conectarlo con esos apoyos.

El propósito de este documento es ayudarle a entender el proceso del Proyecto RTC, los documentos requeridos y lo que puede esperar del Proyecto RTC.

Entiendo y reconozco que:

- A lo largo de todo el proceso, mi LMHA/LBHA nos proporcionará apoyo continuo a mi familia y a mí y será mi principal punto de contacto.
- El Proyecto RTC apoya a familias como la mía que necesitan ayuda adicional para atender las necesidades de salud mental de su hijo y que también desean mantener la responsabilidad legal de su hijo.
- El Proyecto RTC no es una asignación a largo plazo para menores; el tiempo promedio de permanencia en un centro de tratamiento residencial es de seis a nueve meses.
- La HHSC se compromete a velar por la seguridad de mi hijo mientras esté inscrito en el Proyecto RTC. La HHSC me avisará sobre cualquier problema con la seguridad.
- No se garantiza la asignación en un RTC. Si no hay una asignación para mi hijo, mi LMHA/LBHA me conectará con los servicios de salud mental de la comunidad local para apoyar a mi familia.
- Es posible que no se asigne inmediatamente a mi hijo en un RTC. Mi LMHA/LBHA me ayudará a encontrar servicios en la comunidad hasta que se le pueda asignar a un centro.

Sé que mi familia tiene derecho a:

- Participar activamente en todo el proceso.
- Estar protegida.
- Recibir un trato digno y respetuoso.
- No sufrir discriminación ilegal por motivos de grupo racial, origen nacional, religión, sexo, edad o discapacidad.
- Ser escuchada. Si tengo dudas sobre los servicios que mi hijo o yo recibamos, me comunicaré con el Ombudsman de la HHSC en: <https://hhs.texas.gov/es/quienes-somos/sus-derechos/oficina-del-ombudsman-de-hhs/publicaciones>.

Para ayudar a proteger a mi hijo, sé que:

- El equipo de tratamiento puede sugerir un entorno más restrictivo para ayudar a mi hijo a permanecer seguro.
- Si hay alguna preocupación de maltrato, negligencia o abuso, debo informar inmediatamente al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección.

Entiendo que mientras mi hijo o adolescente reciba servicios a través del Proyecto RTC:

- Mi participación es esencial para la recuperación de mi hijo y seré un miembro activo del equipo durante todo el tiempo que mi hijo esté en el Proyecto RTC.
- Trabajaré con el administrador de casos de la LMHA/LBHA de mi hijo para llenar el paquete de solicitud RTC.
- Participaré en las sesiones semanales de terapia familiar en persona, de forma virtual o de ambas maneras.
- Participaré en las reuniones programadas con el equipo de tratamiento clínico de mi hijo.
- Participaré en las sesiones semanales de administración de casos o en los servicios de asesores familiares de la LMHA/LBHA.
- Informaré al administrador de casos de la LMHA/LBHA de mi hijo cada vez que mi situación de vivienda cambie.

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 para futuras referencias.
- Información sobre cómo presentar una denuncia.
- Información sobre cómo presentar denuncias de abuso, maltrato o negligencia.
- Información sobre cómo reportar una sospecha de violación de los derechos civiles.

Nombre del representante legalmente autorizado

Firma del representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre del funcionario de enlace de la LMHA/LBHA

Firma del funcionario de enlace de la LMHA/LBHA

Fecha