

# RAS-Col — Referencia para Asistencia

Teléfono: 970-826-8010 • Correo electrónico: PopHealth@memorialrh.org



memorial regional  
health



Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Ingresos Mensuales: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

*Al firmar este formulario, certifico que estoy accediendo a servicios de tratamiento o recuperación de Trastorno por Uso de Sustancias o Salud Mental y que se ha establecido un Plan de Cuidado para apoyar mi salud y bienestar.*

Cliente (firme y ponga la fecha): \_\_\_\_\_

Fuente de Referencia (firme y ponga la fecha): \_\_\_\_\_

Los miembros de la comunidad pueden recibir asistencia con una variedad de necesidades de servicios sociales en apoyo de su trastorno por uso de sustancias (SUD) y/o tratamiento y recuperación de salud mental a través del *Consortio Rural para Abordar el Trastorno por Uso de Sustancias - Colorado (RAS-Col)*. Por favor, indique a continuación qué tipo de apoyo se necesita:

- Cuidado de niños       Transporte  
 Vivienda/Servicios Públicos       Otro: \_\_\_\_\_

Detalles específicos sobre la solicitud de asistencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Otras organizaciones con las que el paciente está trabajando y los recursos/servicios que se están proporcionando?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Basándonos en la información proporcionada, RAS-Col evaluará qué recursos están disponibles para responder a las necesidades descritas y hará un seguimiento con el cliente.*

Para uso interno únicamente por debajo de esta línea:

La asistencia es proporcionada por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos como parte de una subvención total de \$500,000, con un 0% financiado con fuentes no gubernamentales. Las políticas y procedimientos asociados son los del facilitador(es) de la asistencia y no necesariamente representan las opiniones oficiales, ni cuentan con el respaldo de HRSA, HHS o el Gobierno de los Estados Unidos. Para obtener más información, visite HRSA.gov.

#### Lista de verificación de presentación:

- 1) Formulario de Referencia
- 2) Formulario de Liberación de Información de Coordinación de Cuidados de MRH
- 3) Copia del contrato de alquiler, factura de cuidado infantil, estado de cuenta bancario, cheque cancelado, etc., que muestre el monto del pago
- 4) Solicitud de cheque
- 5) Formulario W9 del negocio o proveedor (propietario, proveedor de cuidado infantil, empresa de servicios públicos)