

Youth Advocate Programs. Inc.

**Declaración de Derechos y Responsabilidades /Bill of Rights
Procedimiento de Quejas Para el Cliente
Procedures for Grievance**

Introducción

Youth Advocate Programs, Inc. (Programa Partidario Para Jovenes) / YAP están dedicados a ayudar a sus clients y familias a través de la provisión de servicios en el hogar y la comunidad. YAP, Inc. cree que todos sus clients y sus familias tienen fuerza y capacidades que pueden y deben ser desarrolladas. Una meta es desarrollar estas capacidades para que los clientes y sus familias puedan funcionar positivamente en sus hogares y comunidades. La misión de YAP es proveerle a individuos quienes son, han sido, o puedan ser sujetos a cuidado obligatorio a desarrollar, contribuir, y ser evaluado como adquisición para que las comunidades tengan alternativas a un establecimiento institucional que sean seguros, económicos y que hayan mostrado ser efectivos.

Para hacer esto, YAP, Inc. anima participación activa de parte del cliente y la familia. Son socios en la planificación e implementación de servicios o plan de tratamiento. Toda sugerencia y recomendación hechas por el cliente o su familia son incorporados en los planes de servicios, a menos que no sean para su mejor interés. Los clientes también participan en desarrollar nuevos planes para autorizarlos de nuevo cuando los servicios autorizados a YAP hayan terminado.

Usted y su familia van a ser inscritos en un programa de YAP, Inc. Como tal, usted tiene ciertos derechos. Estos están anotados en los siguientes parafos. Estos derechos fueron desarrollados para darle conocimiento de las pólizas específicas y reglas que el personal de YAP, Inc. deben seguir. También aseguran que a usted se le provea servicios de calidad y tratamiento imparcial.

Además de sus derechos, usted y su familia también tienen responsabilidades. Si no lo hace, usted y su familia no se beneficiarán en totalidad de los servicios ofrecidos por YAP, Inc.

Seguidamente están sus derechos y responsabilidades. Si usted o su familia tienen alguna pregunta acerca de estos derechos y responsabilidades, por favor pregunte a los profesionales en la oficina de YAP.

Esperamos trabajar pronto con usted y su familia.

Derechos/Rights

1. Usted tiene el derecho de ser tratado con dignidad y respeto.
2. Usted tiene el derecho de dar consentimiento por escrito o verbal antes del comienzo de cualquier servicio o tratamiento, o si es menor de edad, hacer que su tutor legal de consentimiento, a menos que sea prohibido por ley. Esta información está disponible si se solicita.
3. Usted tiene el derecho de retener y ejercitar al máximo posible todos los derechos legales constitucionales y civiles a los cuales tiene derecho por ley.
4. Usted tiene el derecho de ser informado de los nombres y funciones del personal que le está proveyendo cuidado directo o servicios a usted.
5. Usted tiene el derecho de exigir que toda comunicación y archivos pertinentes a su cuidado sean tratados según las leyes en lo que concierne a lo confidencial.
6. Usted tiene el derecho y se sugiere que participe activamente en el desarrollo de su plan de servicio o tratamiento.
7. Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones y sugerencias acerca de su plan de servicio. También tiene el derecho de ser aconsejado de los resultados sobre la consideración de estas recomendaciones y las sugerencias dentro de un tiempo razonable.
8. Usted tiene el derecho a tratamiento sin discriminación basada en sexo, raza, religión, credo, color, orientación sexual o origen nacional.
9. Usted tiene el derecho de expresar y practicar sus creencias religiosas e espirituales.
10. Usted tiene el derecho a tratamiento dentro de un ambiente lo menos restringido posible.
11. Uste tiene el derecho de expresar quejas y ser aconsejado sobre los resultados de la consideración de sus quejas dentro de un tiempo razonable.
12. Usted tiene el derecho de pedir un resumen de su cuidado, tratamiento, y plan de servicio para su caso y de ser aconsejado acerca del resultado entre un tiempo razonable
13. Usted tiene el derecho a rechazar cualquier servicio o tratamiento a menos que sea mandado por la ley o la corte. También de ser informado sobre cualquier consecuencia de tal rechazo, la cual puede incluir ser despedida del programa.

Responsabilidades/Responsibilities

1. Usted tiene la responsabilidad de ejercer sus derechos de una manera madura y apropiada.
2. Usted tiene la responsabilidad de ayudar a desarrollar las metas y objetivos de su plan de tratamiento o servicio.
3. Usted tiene la responsabilidad de participar activamente en las actividades de su plan o servicio.
4. Usted tiene la responsabilidad de mantener confidencia sobre los servicios y tratamientos de otros clientes
5. Usted tiene la responsabilidad de respetar los derechos de otros en el ambiente de servicios o tratamiento a pesar de su sexo, raza, credo, orientación sexual o origen nacional.
6. Usted tiene la responsabilidad de informarle a miembros del personal acerca de situaciones que puedan amenazar contra su vida (de los cuales usted tenga conocimiento durante el curso de estar recibiendo servicios o tratamiento).
7. Usted tiene la responsabilidad de comunicarse abiertamente y honestamente con el personal de YAP, Inc. y otros que esten participando en sus servicios o plan de tratamiento.
8. Usted tiene la responsabilidad de aprender las reglas del programa de tratamiento o servicios.
9. Usted tiene la responsabilidad de respetar la propiedad de otros.
10. Usted tiene la responsabilidad de contribuir de si mismo a la comunidad externa.

Procedimiento de Quejas Informal **(Informal Grievance Procedures)**

Si usted o un miembro de su familia piensa que cualquiera de estos derechos están siendo violados o si tiene algún otro problema con los servicios o tratamiento que se le está proporcionando, es su responsabilidad reportarlo. Primero debe hablar sobre el asunto con el miembro del personal de YAP, Inc. que está encargado del tratamiento o cuidado. Es la responsabilidad del personal encargado investigar el problema, y trabajar con usted para desarrollar una solución que sea conveniente para todos. Cuando usted reporte el problema, debe describir el problema con precisión y proveer detalles de la situación. El personal de YAP, Inc. hará todo el esfuerzo para alcanzar un acuerdo con usted que solucionará el problema y mantendrá sus derechos.

Si usted o un miembro de su familia no está aceptando su responsabilidad en total, un miembro del personal discutirá estos problemas con usted. El personal de YAP, Inc. trabajará con usted y su familia para ayudarlos a resolver estos problemas para que usted pueda alcanzar sus responsabilidades y se beneficie totalmente de los servicios o tratamientos provistos.

Cualquiera violación de derechos o objeción a servicios o tratamiento será documentado por escrito por el miembro del personal de YAP, Inc. encargado de su tratamiento o cuidado y puesto en su archivo.

Si usted piensa que el miembro de personal no está tomando su queja en serio o no está tomando acción para reparar el problema, es entonces su responsabilidad informarle a otra autoridad. Puede continuar este proceso informal hasta que usted piense que YAP, Inc. ha tomado acciones justas y apropiadas.

Queja Formal y Procedimiento de Apelación **(Formal Grievance and Appealing Procedures)**

Si el proceso informal no resulta en una solución de acuerdo mutuo, acerca de los derechos o calidad de servicios o tratamiento que se le está proporcionando usted o su tutor o guardián y cualquier individuo que usted quiere que le ayude, pueden iniciar una queja formal. La queja puede ser presentada verbalmente o por escrito al director(a) del programa en el cual está inscrito. Sepa que tiene el derecho de tener la asistencia de una persona independiente (para atestiguar) cuando presente su queja al director(a).

El director(a) investigará su queja y hará todo el esfuerzo de resolverlo. Basada en esta investigación, una decisión será presentada por escrito lo más pronto posible, pero a más tardar, entre 48 horas después de presentar la queja. Las quejas serán decididas por personas no directamente asociadas en las circunstancias que causaron la queja.

Usted o la persona representándolo legalmente, recibirán una copia de la queja y la decisión final. Una copia también será puesta en su archivo.

Usted puede apelar la decisión de queja. Esto tiene que llevarse a cabo entre 10 días hábiles de trabajo desde la fecha en la cual usted recibió la decisión por escrito del director(a).

Cuando el Director(a) reciba su apelación, él o ella asignará un comité para revisarlo. El comité será compuesto de personas no directamente involucradas en las circunstancias que causaron su queja y incluirá por lo menos una persona de la comunidad no directamente asociada con usted, su familia o YAP, Inc. El comité repasará los documentos y cuando sea apropiado, discutirán el asunto con usted, su familia, el personal de YAP, Inc. y cualquier otra persona involucrada en su plan de tratamiento o servicio.

El comité hará una decisión acerca de su apelación dentro de diez (10) días hábiles de trabajo. Si esta opinión encuentra que cambios en su plan de servicio o tratamiento son necesarios, serán hechos. Pero, si usted está registrado en un programa clínico, todos los cambios a su plan de tratamiento tendrán que ser aprobados por el siquiatra de la clínica.

Usted o la persona que lo representa legalmente, recibirán una copia de su apelación y la decisión final del comité. Una copia también será puesta en su archivo.

Si está recibiendo tratamiento en una clínica de YAP, Inc., usted tiene el derecho a una apelación. Puede apelar la decisión del comité con el Director(a) de La Oficina de Salud Mental y Retardación Mental de su condado.

Si está recibiendo cualquier otro servicio, la decisión del comité es el paso final en el proceso de apelación de YAP, Inc.

Información de Contacto (YAP)

Director del Programa _____
Nombre _____ Teléfono _____

Director Regional _____
Nombre _____ Teléfono _____

Vice-Presidente _____
Nombre _____ Teléfono _____

Presidente _____
Nombre _____ Teléfono _____

Hot Line _____
Anónimo _____ Teléfono _____

Jefe Oficial de Condescendiente _____
Nombre _____ Teléfono _____



Youth Advocate Programs, Inc.

Declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente (Bill of Rights) Documento de Reconocimiento (Acknowledgement Form)

Mi firma indica que he recibido la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente, Cuotas del Cliente, Reembolsos, Direcciones y Números de teléfono pertinentes, y Procedimientos para Quejas Informales y Formales. Entiendo todas las declaraciones hechas.

Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____

(Firma del Padre/Tutor)

(Parentesco)

(Fecha)

(Firma del Cliente, 14 años o mayor)

(Fecha)

(Firma del Representante de YAP)

(Título)

(Fecha)