



Solicitud de Fondo de Salud Conductual 2025

Las solicitudes para las Becas del Fondo de Salud Conductual 2025 ya están abiertas. Si recibe una beca, podrá empezar a usarla a partir del 1ro. de enero de 2025. Cualquier persona que viva o trabaje en el condado de San Miguel puede recibir seis sesiones a través del Fondo de Salud Conductual. Dependiendo de sus ingresos, podría ser elegible para seis sesiones adicionales. Si desea ayuda para establecer soluciones a largo plazo para acceder a la atención de salud conductual, el equipo de Coordinación de Atención de TCHN podría ayudarle. Comuníquese con cc-referral@tchnetwork.org o llame al 970-708-7096. Para enviar esta solicitud, puede escanearla y enviarla por correo electrónico a bhfund@tchnetwork.org, o déjela en la oficina de TCHN ubicada en 238 E Colorado Avenue, Ste 8, Telluride.

Nombre

Fecha de nacimiento

Primer nombre Apellido

Correo electrónico

ejemplo@ejemplo.com

Número de teléfono

Dirección

Dirección postal

Línea 2 de la dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Seleccione la opción que mejor describa el tipo de solicitud que está enviando

Primera aplicación

Reaplicación - han sido aprobados en el pasado

Reaplicación - no han sido aprobados en el pasado

¿Vive en el condado de San Miguel?

Sí

No

¿Trabaja en el condado de San Miguel?

Sí

No

Demografía

Brindar información sobre sus datos demográficos proporciona información valiosa sobre qué sectores de nuestra comunidad utilizan el Fondo y buscan servicios de salud conductual. Sus respuestas no afectarán la probabilidad de que su solicitud sea aceptada. Puede optar por no responder a ninguna o a todas las preguntas. Todas las respuestas se mantendrán confidenciales.

¿Con qué género se identifica?

Femenino

Mujer transgénero

Variante de género/No conforme

Queer

Elige no responder

Masculino

Hombre transgénero

Intersexo

No listado

¿Con qué raza se identifica?

Indio Americano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Blanco o caucásico

No listado

Asiático

Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

Más de una raza

Elige no responder

Por favor especifique su etnia

Latino/hispano

No latino/hispano

Elige no responder

¿Qué idioma le resulta más cómodo hablar?

Inglés
Español
Elige no responder
Otro

¿Cuál es su condición de veterano?

Servicio militar activo	Reservista
Veterano (servicio previo)	Veterano (jubilado)
No soy un veterano	Elige no responder

¿Qué tipo de seguro de salud tiene?

Sólo Medicaid	Seguro patrocinado por el empleador
Seguro individual	Sólo Medicare/Medicare con suplemento
Cobertura dual de Medicare/Medicaid	CICP
Ninguno/Sin seguro	No lo sé
Elige no responder	

¿Cuál es su situación laboral actual?

Empleado a tiempo completo	Empleado a tiempo parcial
Empleo estacional/temporal	Trabajador por cuenta propia
Contratista	Alumno
Ama de casa	Jubilado
Desempleado, buscando trabajo	Desempleado, no buscando trabajo
Discapacitado	Elige no responder

¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que ha completado?

Sin educación formal	Algo de educación formal, sin diploma de escuela secundaria/GED
Diploma de escuela secundaria/GED	Escuela de oficios/formación profesional
Grado de asociado	Licenciatura
Escuela de posgrado	Elige no responder

¿En qué ciudad/pueblo vive?

¿Con cuántas personas, incluido usted, viven con usted?

Detección de determinantes sociales de la salud

Las siguientes preguntas se formulan para que podamos brindarle servicios y recursos en otras áreas de su vida donde pueda necesitar o desear apoyo. Sus respuestas no afectarán la probabilidad de que su solicitud sea aceptada y no se compartirán con su proveedor de salud conductual. Si usted da su consentimiento, un coordinador de atención de TCHN podría ponerse en contacto con usted para ofrecerle recursos adicionales. Puede optar por no responder a alguna o a todas las preguntas seleccionando "Elige no responder" en el menú desplegable. Todas las respuestas se mantendrán confidenciales.

¿Cuál es su situación de vida hoy?

Tengo un lugar estable donde vivir.

Tengo un lugar donde vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro.

No tengo un lugar fijo donde vivir

Elige no responder

Piensa en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes? Seleccione todas las opciones que correspondan.

Plagas como insectos, hormigas o ratones

El horno o la estufa no funcionan

Pintura o tuberías con plomo

Fugas de agua

Elijo no responder

Detectores de humo faltantes o que no funcionan

Moho

Falta de calefacción

Ninguna de las anteriores

En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?

A menudo cierto

A veces cierto

Nunca cierto

Elige no responder

En los últimos 12 meses, la comida que compró simplemente no duró y no tuvo dinero para obtener más

- A menudo cierto
- A veces cierto
- Nunca cierto
- Elige no responder

En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, trabajar o llegar a las cosas que necesita para la vida diaria (comer, entrevista de trabajo, cuidado de niños)?

- Sí
- No
- Elige no responder

En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, combustible o agua ha amenazado con cortar los servicios en su casa o donde vive?

- Sí
- No
- Ya cortado
- Elige no responder

¿Los problemas para conseguir cuidado infantil le dificultan trabajar o estudiar?

- Sí
- No
- Elige no responder

¿Cuántas veces ha recibido atención en una sala de emergencias durante los últimos 12 meses?

- 0 veces
- 1 vez
- 2 o más veces
- Elige no responder

En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado ver a un proveedor médico (médico, dentista, profesional de salud mental, optometrista, especialista) pero no pudo debido al alto costo?

- Sí
- No
- Elige no responder

¿Con qué frecuencia tiene problemas para entender lo que le dice un proveedor médico sobre su salud o una condición médica?

Nunca	Casi nunca
A veces	Con bastante frecuencia
Frecuentemente	Elige no responder

¿Qué tan seguro está usted de completar formularios médicos por sí mismo?

Extremadamente seguro	Algo seguro
Un poco seguro	Nada seguro
Elige no responder	

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le insulta o le habla con condescendencia?

Nunca	Casi nunca
A veces	Con bastante frecuencia
Frecuentemente	Elige no responder

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le grita o le maldice?

Nunca	Casi nunca
A veces	Con bastante frecuencia
Frecuentemente	Elige no responder

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le amenaza con hacerle daño?

Nunca	Casi nunca
A veces	Con bastante frecuencia
Frecuentemente	Elige no responder

¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, le lastima físicamente?

Nunca	Casi nunca
A veces	Con bastante frecuencia
Frecuentemente	Elige no responder

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia participa en actividades grupales como ir a la iglesia, hacer voluntariado, asistir a una reunión de un grupo organizado (club de lectura, Rotary, grupo de veteranos)?

Nunca	Aproximadamente una o dos veces al año
Varias veces al año	Aproximadamente una vez al mes
Cada semana	Varias veces a la semana
Elijo no responder	

Si su familia de repente tuviese una crisis o necesitase dinero para un gasto inesperado, como la reparación de un automóvil o si tuviera una enfermedad grave, ¿tendría alguien con quien contar para que le ayudara?

- Sí
- No
- Elige no responder

¿Con qué frecuencia se siente solo o aislado de quienes le rodean?

- | | |
|----------------|-------------------------|
| Nunca | Casi nunca |
| A veces | Con bastante frecuencia |
| Frecuentemente | Elige no responder |

El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada. ¿Qué tan estresado está?

- | | |
|-----------|--------------------|
| Para nada | Un poco |
| A veces | Bastante |
| Muchísimo | Elige no responder |

¿Tiene inquietudes sobre la inmigración para usted o los miembros de su familia?

- Sí
- No
- Elige no responder

Los coordinadores de atención pueden ayudar con recursos de alimentación y vivienda, asistencia migratoria, seguro médico, recursos para víctimas de violencia doméstica y más. ¿Le gustaría que un Coordinador de Atención de Tri-County Health Network se comuniquen con usted para asistirlo con otras necesidades?

- Sí
- No

¿En cuales programas de TCHN ha participado o ha utilizado sus servicios?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| Salud conductual | Coordinación de atención |
| Comunidades que se preocupan | Administración del Fondo de |
| Salud ocular | Seguridad alimentaria |
| Inscripción a seguro | Defensa multicultural |
| Salud dental | Transporte |
| Elijo no responder | |

Información financiera

El Fondo de Salud Conductual acepta a cualquier persona que viva o trabaje en San Miguel, independientemente de sus ingresos, para las primeras seis sesiones. Sus ingresos declarados no afectarán la aceptación de su solicitud para las primeras seis sesiones. Dependiendo de sus ingresos, podría ser aprobado para seis sesiones adicionales.

¿Cuántos miembros de su familia, incluido usted mismo, dependen de sus ingresos?

¿Cuántos miembros de su familia, incluido usted, contribuyen a los ingresos de su hogar?

¿Alguien que contribuye a los ingresos de su hogar es autónomo?

Excelente

Buena

Regular

Mala

Elige no responder

¿Cuál es el ingreso total de su hogar por año?

¿Alguien que contribuye a los ingresos de su hogar es autónomo?

Sí

No

¿Sus ingresos familiares fluctúan mes a mes?

Sí

No

Por favor indique las razones por las cuales necesita ayuda financiera

Si su terapia o consejería está relacionada con problemas de consumo de sustancias o su recuperación, podría ser elegible para hasta 12 sesiones adicionales a través de nuestro Fondo de Acceso a la Recuperación. Responda la siguiente pregunta para que nuestro equipo le ayude a maximizar su potencial de beca: ¿Su consejería está relacionada con el consumo de sustancias o su recuperación? *

Sí

No

¿Tiene usted un proveedor/terapeuta actual?

Sí

No

En caso afirmativo, nombre del proveedor y número de teléfono

Firma

Certifico, a mi leal saber y entender, que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y precisa. Además, me comprometo a informar a Tri-County Health Network si mis ingresos familiares, mi condado de residencia o mi lugar de trabajo cambian en cualquier momento del año. Entiendo que no hay garantía de que reciba una beca financiera. Finalmente, entiendo que, si recibo una beca financiera, para que se pague mi atención, autorizo a mi terapeuta a divulgar las fechas y horarios de mi tratamiento y el motivo de la visita, solo para fines de pago. Cualquier información personal que pueda identificarme se modificará antes de que se comparta con el Panel de Soluciones de Salud Conductual de San Miguel.

Consentimiento para la divulgación de información

Al firmar esta solicitud, entiendo que mi información puede incluir información médica protegida. Autorizo la divulgación de mi información a cualquier persona o agencia necesaria para satisfacer mis necesidades de servicio, incluyendo, entre otros, proveedores y agencias asociadas. Esta información se utilizará únicamente para evaluar, gestionar y satisfacer mis necesidades individuales de servicio. Eximo a Tri-County Health Network y a sus socios de cualquier responsabilidad relacionada con la divulgación de esta información.

Nombre

Firma

Fecha de hoy