

Sus derechos como cliente de esta agencia serán protegidos de acuerdo con el Capítulo 2 del código de Salud Mental y Desarrollo de Deseabilidades (ILL Rev. Stat. 1991, ch91 1/2, par 2-100 et seq.) y el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (*Seguro de salud y ley de portabilidad de 1996*).

Usted no será rechazado, suspendido o terminado de nuestros servicios o tendrá sus servicios reducidos por ejercer sus derechos.

Esta agencia está comprometida en ofrecerles servicios profesionales y humanitarios dirigidos a sus necesidades de manera que protejan su dignidad y sus sentimientos de valor mismo.

### DERECHOS CIVILES

1. Usted tiene el derecho de ser tratado con dignidad y respeto.
2. Usted mantiene todo derecho, beneficios y privilegios garantizados por la ley.
3. Usted tiene el derecho de ser libre de cualquier abuso, negligencia, y explotación.
4. Usted tiene el derecho de ser proveído servicios de salud mental en el ambiente menos restrictivo.

### DISCRIMINACION

1. Usted y su familia obtendrán servicios sin discriminación. Antecedentes étnicos, personales o creencia social, nomina racial, sexo, religión, o edad no afectaran nuestros servicios para usted.
2. Usted no será negado servicios basado por falta de, o limitado por recursos financieros personales. Costo a usted por viajes y pérdida de tiempo de trabajo serán discutidos y quedaran a lo mas mínimo. Ninguna barrera física impedirá su tratamiento.
3. Servicios serán obtenidos con el mínimo tiempo de espera. Horas de servicios será lo más conveniente posible para todo cliente pidiendo nuestros servicios.
4. Usted tiene el derecho de tener su discapacidad acomodado según requerido por Americans with Disabilities Act, section 504 of the Rehabilitation Act and the Human Rights Act (775ILCS-5) (*Ley de Estadounidenses con Discapacidades, sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Derechos Humanos*).

### CONFIDENCIALIDAD

1. Los derechos de confidencialidad del cliente serán gobernados por Mental Health and Development Disabilities Confidentiality Act (740 ILCS 110) (*Salud Mental y La Acta de Confidencialidad de Desarrollo de deshabilitades*) y Health Insurance and Portability Act of 1996.
2. Toda información respecto a usted será confidencial y será revelada solamente por proceso compatible con la ley y ética profesional. (Su archivo puede ser compartido por una corte sin su permiso).
3. Usted tiene el derecho de revisar y aprobar cualquier información que sea pedida por otro dándole servicios a usted. Usted tiene que firmar un permiso para que esta información sea enviada.
4. Circunstancias especiales sobre la confidencialidad del cliente: participación en actos públicos o el uso de fotografía o video identificable con el propósito de relaciones públicas en conjunto con Family Service

Association of Greater Elgin Area son prohibido sin su consentimiento. Participación en estas actividades son voluntarias. Rehusó a participar en estas actividades no limitara los servicios en nuestra agencia.

## TRATAMIENTO

1. Usted tiene el derecho a un plan individual y tendrá que participar en su plan de servicios.
2. Usted tiene el derecho de saber el nombre y las credenciales profesionales de cualquier persona que esté trabajando con usted.
3. Usted puede pedir estar presente en cualquier junta de empleados con referencia a usted.
4. Usted puede revisar sus archivos clínicos, cuando lo pida por escrito.
5. Usted será asignado un administrador de caso, que te asistirá en obtener los servicios según de acuerdo a su plan de tratamiento individual. En la mayor parte este sería su consejero/a.
6. Usted tiene el derecho de ser informado en respecto a todos los servicios que puede obtener en esta agencia.
7. Usted será advertido del afecto positivo y posibles complicaciones de cualquier droga o medicamento recetada por un doctor en conjunto con sus servicios.
8. Usted tiene el derecho de no participar, o ser entrevistado para propósitos científicos.
9. Usted tiene el derecho de terminar los servicios a cualquier tiempo.
10. Usted tiene el derecho de rechazar tratamiento.
11. Si, usted es un menor de edad, que es por lo menos 12 años, pidiendo servicios sin el consentimiento de sus padres, usted tiene el derecho de recibir cinco (5) sesiones de cuarenta y cinco (45) minutos antes de obtener permiso de sus padres.

## PROCEDIMIENTO PARA QUEJAS

1. Si usted siente que los servicios no ha sido obtenidos justamente o razonable y usted no ha podido resolver esto con su terapeuta, usted puede presentar este problema por escrito al supervisor de su consejero/a.
2. Usted tiene el derecho a recursos legales, usted tiene el derecho de consultar con su familia, abogado, doctor, clérigo, y otros en cualquier momento.
3. Si usted piensa que su queja no ha sido atendida apropiadamente por el supervisor de su consejero, usted tiene el derecho de pedir que su queja sea continuada hasta la mayor persona administrativa de la estructura de la agencia o hasta el panel de directores, si es necesario.
4. Si usted piensa que su queja no ha sido apropiadamente atendida con esta agencia, usted tiene el derecho de comunicarse con la oficina de salud mental y desarrollo de deshabilitados o con El Departamento de Niños y Servicios de Familia, si el cliente es niño que ha sido custodia de DCFS.
5. Si usted llena y continua la queja de ninguna manera por eso solo, se la cortara o se le limitara de ninguna manera los servicios en esta agencia.
6. El supervisor/supervisora atentara resolver la queja dentro de cinco días de trabajo. Si el supervisor/supervisora no puede, él/ella refiera el caso al Director/Directora de Servicios Clínicos.
7. El Director/Directora de Servicios Clínicos atentara resolver la queja dentro de cinco días de trabajo. Si esto no es posible, él/ella refiera el caso al Director Ejecutivo.
8. El/la Directora Ejecutivo atentara resolver la queja dentro cinco días de trabajo. Si el/la Directora Ejecutiva no puede resolver el problema, él/ella refiera la situación a la cabeza de la junta directiva. Antes de enviar el caso, se asegurara que la queja no tenga alguna información que identifica al cliente. En el evento que algún miembro de la junta directiva identifique al cliente, ellos seguirán los procedimientos del Mental Health and Development Disabilities Confidentiality Act (*Salud Mental y La Acta de Confidencialidad de Desarrollo de deshabilitados*).
9. El Presidente de la junta directiva escuchar la queja y tratará de resolver la queja dentro de los cinco días de trabajo. Se notificará al Director Ejecutivo de la resolución a la queja.

10. El cliente / tutor serán informados de la resolución de cualquier queja por escrito y del proceso de apelación fuera según sea necesario. Se hará todo lo posible para resolver las quejas de los clientes dentro de los 30 días de la queja inicial.
11. Si algún cliente/guardián creen su queja no ha sido atendido apropiadamente dentro de la agencia ellos tienen el derecho de contactar al Departamento de Servicios Humanos de Illinois, División de Salud Mental.
12. Su presentación y seguimiento de quejas de ninguna manera, por sí mismo, restringir o limitar en modo alguno el acceso a los servicios de esta agencia.

#### RESPONSABILIDAD DE LA AGENCIA Y DEL CLIENTE

1. Decidir el plan de servicios.
2. Determinar la frecuencia y el involucramiento de tiempo del cliente.
3. Envolver a los miembros de la familia y a otros seres queridos.

#### RESPONSABILIDAD DE LA AGENCIA

1. Asignar un consejero.
2. Mantener el archivo médico preciso.
3. Hacer referencias o recomendaciones a otras agencias de servicios.
4. Cobrar por servicios directamente, o por medio de aseguranza, o por un tercer partido de cobros.
5. Comunicación con la corte o oficial responsable de manera, como sea mandada por estatuto legal, o decisión de corte.
6. Usar todos los recursos de la agencia que estén disponibles para proveer un ambiente para el cliente el cual esté libre de gran amenaza potencial de abuso físico, emocional, sexual o cualquier tipo de abuso o negligencia.
7. No es apropiado rechazar servicios si lo has pedido.

A CADA CLIENTE SE LE DEBE DAR UNA COPIA DE ESTA DECLARACION DE DERECHOS PARA EL USO PERSONAL DE EL/ELLA.

En el caso de que el cliente presente una queja formal contra nuestra agencia, y la queja no es resuelta dentro la agencia, el cliente puede proceder la queja a través de las siguientes oficinas:

1. Guardianship and Advocacy Commission (GAC)
 

421 E. Capitol Street	9551 Harrison Ave., FA101	527 S. Wells, Suite 300
Springfield, IL 60701	Des Plaines, IL 60016	Chicago, IL 60607
217.785.0645	847.294.4264	312.793.5900
  
2. Equip for Equality
 

11 E. Adams St., Suite 1200  
Chicago, IL 60603  
800.537.2631
  
3. Department of Human Services/Office of Mental Health
 

401 S. Spring Street	160 N. LaSalle
Springfield, IL 62765	Chicago, IL 60601
217.782.6154	213.814.3785