



Anoka County

HUMAN SERVICES DIVISION

Community Social Services and Behavioral Health

Si usted tiene un plan de atención administrada a través de Asistencia Médica (tales como Health Partners o UCare), póngase en contacto con su proveedor de seguros de salud para información de cobertura y citas.

Si desea solicitar la Regla 25 de los fondos, por favor complete la solicitud adjunta y proporcionar todas las verificaciones requeridas. Si está embarazada **o** **el**de usodrogas intravenosas **o** necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al (763) 324-1270.

Regla 25 es la financiación para la dependencia química pagado estado. Si reúne los requisitos, el Estado de Minnesota pagará para que usted tenga una dependencia de sustancias químicas Evaluación y evaluador de tratamiento recomendado. Regla 25 es fondos no emergencia. Si usted siente que está experimentando una crisis de salud mental, en contacto con la LONA de Salud al (763) 755-3801 o el Mercy Hospital Crisis unidad al (763) 236-7911 o 763-236-5949 Unidad

solicitudes completas y todas las verificaciones pueden presentarse en una de las siguientes maneras:

a Fax: (763) 324-1044 Atención: Regla 25

de correo o traer a:

Centro de Gobierno del Condado de Anoka
Regla25 a -5° piso
2100 Tercera Avenida
Anoka, MN 55303

una vez que se recibe la solicitud completa y verificaciones, usted será contactado por teléfono o por correo. Si se le ha determinado que es elegible para su financiación, se programará una cita para una evaluación para usted. Usted se reunirá con un asesor para discutir su consumo de alcohol y / o drogas. El Evaluador determinará si necesita ayuda para el alcohol y / o drogas y donde va a ir para recibir tratamiento. Si han pasado más de dos semanas desde que envió en su solicitud y usted no ha recibido una respuesta, por favor llame al (763) 422-7078.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta aplicación o el programa de la Regla 25, por favor llame al 763-324-1270.

Satisfacer las necesidades de las personas a través de Calidad de Servicios

Comunitarios Servicios Sociales y del Comportamiento de la Salud
Centro de Gobierno ▲ 2100 Tercera Avenida N, Ste 500 ▲ Anoka, MN 55303 a 5049
TELÉFONO: 763-422-7000 ▲ FAX: 763-422-6987

Acción Afirmativa / Igualdad de Oportunidades

Artículo 25 Aplicación del Fondo Consolidado

uso de la oficina

Aplicación Fecha: _____

Fecha de caducidad: _____

Trabajador de
Admisión: _____

Fecha de
Aprobación: _____
(válido 45 días)

Información Cliente

1. _____
(apellido, nombre, segundo nombre)

2. _____

(Calle / Apt # / ciudad / Estado / código postal)

proporcionar verificación de su domicilio. Ejemplo: copia de una pieza de correo reciente enviada a usted con el nombre sobre y dirección en TI, copia del alquiler, declaración firmada del propietario / arrendatario

3. Tel: Inicio: _____ trabajo: _____ Celular: _____

4. Fecha de nacimiento: _____

5. Seguridad Social: _____

6. Sexo: Masculino ___ ___ Mujer

7. Estado civil: _____

8. Carrera: _____

9. Raza Hispano: ___ Sí ___ No

10. ¿Es usted un veterano? ___ Sí ___ No

11. En caso afirmativo, tipo de descarga: _____

12. ¿Tiene beneficios médicos de veteranos a su disposición (auto o la cobertura como dependiente)? ___ Sí ___ No

Información de la Familia

13. Número de personas que viven en los hogares y / o dependientes: _____

14.	Los nombres de los miembros de la Unidad Familiar	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación a Usted
Client e:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Regla 25 Fondo Consolidado de aplicación Page: 2

15. ¿Está embarazada: ___ Si ___ No ___ N / A

Información de Seguros

16. ¿está recibiendo Asistencia médica o beneficios de cuidado de Minnesota?: ___ si ___ No

Comentarios: _____

17. en caso afirmativo, ¿está inscrito en un plan de cuidado de la salud tales como Health Partners o Medica?
___ si ___ No En

caso afirmativo, por favor, póngase en contacto con su plan de salud y pedir un producto químico dependenci beneficio cubierto. Si no, por favor continúe.

18. ¿Tiene alguna cobertura de seguro médico HMO o privada? ___ si ___ No

Si sí, por favor proporcione la siguiente información o una copia (frente y parte posterior) de su tarjeta de seg Si no, por favor vaya a la línea 28.

19. Nombre de la empresa: _____ =

20. Dirección: _____ =

21. Política Número: _____ =

22. TitularPolíticaNombre: _____ =

23. Política Titular Dirección: _____ =

24. Grupo Nombre / Número: _____ =

25. Nombre de contacto / Tel # _____ =

26. cobertura Tipo Limitaciones / Co-pagos

para pacientes ambulatorios

para pacientes internos

Comentarios:

27. Otros: _____

NOTA:

Si usted no tiene ningún seguro médico solicitud en línea en WWW.MNSURE.ORG.

Los adultos que no tienen hijos pueden llamar al 763-422-7200 (Centro de Gobierno,^{4º} planta).

Los adultos con niños o menores pueden llamar al 763-717-7700 (Centro de Servicios Humanos de Blaine,^{4º} plan

Información sobre los ingresos - El solicitante

28. ¿Está actualmente empleado o recibe ingresos por desempleo? ___ si ___ No

29. En caso afirmativo, ¿cuál es su **semanal**: promedio \$ _____ empleador: _____

(En caso afirmativo, proporcionar copias de sus 2 talones de pago más recientes o los registros de trabaj copias de sus declaraciones de impuestos más recientes o una declaración de empleo y de ingresos firma empleador)

30. Si no está empleado, lo que era su última fecha de empleo: _____

(Si su trabajo terminó hace menos de 3 meses, proporcione una declaración del anterior empleador mostrando su última fecha de trabajo o declaración COBRA o aviso de terminación).

Información sobre los ingresos - cónyuge

31. Si está casado, su cónyuge es empleado: Si No N / A

32. Si es así, promedio del **semanal** la cantidad cónyuge: \$ _____. Empleador: _____

(Si el cónyuge está trabajando favor proporcionar copias de sus 2 talones de pago más recientes, trabajo por los registros deo copias de sus declaraciones de impuestos más recientes o una declaración de empleo y d por el empleador del cónyuge)

33. Si su cónyuge no se emplea actualmente, lo que fue su último día de empleo: _____

(Si el trabajo del cónyuge terminó hace menos de 3 meses, proporcione una declaración de anterior la última fecha en que empleador del cónyuge muestra del trabajo o la declaración COBRA o aviso de ter

Información Financiera - Otros

34. ¿Tiene usted algún ingreso no ganado? Si no

(es decir, intereses, dividendos, pagos de seguros, SSI, pensiones, beneficios de veteranos, pensión alimenticia, un borrador del tra seguridad pensiones de veteranos, etc.)

35. En caso afirmativo, ¿cuáles son las cantidades y fuentes de ingresos totales: \$ _____. / S Fuente: _____

(proporcione verificación escrita de ingresos, por ejemplo, estados de cuenta mensuales, comprobantes de pag depósitos bancarios, etc.)

36. ¿Recibe apoyo infantil: Si No

37. En caso afirmativo, la cantidad de: \$ _____ / mes *(proporcione una copia del pago del último mes rec*

38. No te pago ordenado por la corte de manutención? si No

39. En caso afirmativo, ¿cuánto paga cada mes: \$ _____

(. Por favor, proporcione una copia del pago del último mes o comprobante de pago actual que muestre el pag

Referencia, legal y sobre Servicios Sociales

40. ¿Ha tenido un uso de productos químicos evaluación en los últimos 6 meses? Si No

41. En caso afirmativo - ¿dónde? _____

43. ¿Está actualmente en tratamiento por dependencia química? Si No

44.

Si es así, qué tipo de programa? _____ pacientes ambulatorios (dónde) _____

_____ pacientes hospitalizados (dónde)

45. _____ La metadona (dónde)

¿Es esta una orden judicial de evaluación? Si No

46.

¿Está actualmente en libertad condicional o tener un oficial de libertad condicional? ___ si ___ No

Si es así: Nombre: _____ Teléfono: _____
Provincia: _____

47.

¿Está trabajando actualmente con un trabajador social del condado? ___ si ___ No En

caso afirmativo: Nombre: _____ Teléfono: _____
Provincia: _____

48.

¿Está sirviendo o espera para servir cualquier momento cárcel frase / casa de trabajo? ___ si ___ No En

caso afirmativo: Provincia: _____
Fecha de Inicio: _____

49.

¿Tiene algún órdenes? ___ si ___ No

Provincia: _____

Si es así, tenga en cuenta que las órdenes activas serán servidos en el momento de su cita.

50. ¿Actualmente, el consumo de heroína, Si _____ No _____

IV Si _____ No _____

Los opiáceos Si _____ No _____

DECLARACIONES

Por qué el Condado necesita esta información: La información que nos proporcione será utilizada para decidir qué tipo de ayuda que necesita y si podemos pagar por ello. A menos que la ley dice que puede o no ser que nos podemos decir, no vamos a dar a cualquier persona cualquier información acerca de usted. Usted tiene el derecho de ver cualquier información que tenemos sobre usted. Si no nos dice la información que necesitamos saber, no le puede ayudar.

Regla 25 Fondo Consolidado de aplicación Page: 5

Regla 25 Solicitante: Al firmar a continuación Doy fe de que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Sé que voy a tener que pagar una cuota basada en mis ingresos. Estoy de acuerdo en pagar la cuota, en su caso. Reconozco que puedo tener que pagar el costo total de estos servicios si no digo la verdad en esta solicitud.

También entiendo que hasta que todas las verificaciones requeridas en esta aplicación son siempre que mi solicitud no puede ser procesada.

(Nombre del cliente - impresión)

(Fecha)

(Firma del cliente)

autorización para revelar información

que, _____ doy mi consentimiento para que la Regla 25 del condado de Anoka personal
(solicitante)

hable con _____
(Relación con el solicitante)

Para obtener información con el fin de completar mi determinación de elegibilidad Regla 25 para su financiación.

Yo entiendo que la información recibida será utilizada únicamente con el propósito de ayudar en la determinación de la Regla 25 de financiación en referencia a mi solicitud de la Regla 25.

Esto incluye: Fechas de -Appointment
-Verificación solicita
-Aplicación estado

Regla 25 Fondo Consolidado de aplicación Page: 6

entiendo que la Ley de Prácticas de Información del Gobierno de Minnesota y otras leyes requieren que estos datos se mantengan privadas. Estos datos no puede ser liberado sin mi consentimiento, salvo lo dispuesto por la ley. Entiendo por qué se me pide para esta información. Con mi consentimiento, esta información puede ser compartida con sólo la persona se ha señalado anteriormente. Entiendo que si se niegan a revelar información que la información no se dará a conocer a menos que la ley permite que de lo contrario su lanzamiento. Si consiento, esta información será utilizada en la determinación de la elegibilidad para la Regla 25 de los fondos. Mi consentimiento expira un año desde la fecha de mi firma. Una fotocopia de este consentimiento Mi ser tratada de la manera que el original. Puedo cancelar este consentimiento por solicitud por escrito a la Regla 25 del condado de Anoka personal.

(Nombre Completo)

(FIRMA SOLICITANTE)

(fecha de hoy)