

**Nicasa Aviso de Practicas de Privacidad
Confirmacion y Recibo del Aviso**

**Nicasa's Notice of Privacy Practices
Receipt and Acknowledgment of Notice**

Nombre del Cliente (Client name): _____

Fecha de Nacimiento (DOB) _____

Numero de Seguro Social (SSN) _____

Por la presente declaro que he recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de Nicasa. Entiendo que si tengo algunas preguntas acerca de este aviso a mis derechos de privacidad, puedo contactar al Personal de Privacidad de Nicasa al (847) 546-6450

I hereby acknowledge that I have received a copy of Nicasa's Notice of Privacy Practices. I understand that if I have any questions regarding the Notice or my privacy rights, I can contact Nicasa's Privacy Officer at 847-546-6450.

Firma del Cliente (Signature of Client)

Fecha (Date)

Firma del Padre, Tutor Legal o Representante Personal

Fecha/Date

Signature or Parent, Guardian or Personal Representative *

* Si firma como representante personal del cliente, por favor describa su autoridad legal para actuar por dicho individuo (carta poder, sustituto de atencion medica, etc.).

If you are signing as a personal representative of a client, please describe your legal authority to act for this individual (power of attorney, healthcare surrogate, etc.).

El cliente se niega a reconocer el recibo (Client Refuses to Acknowledge Receipt)

Firma del Miembro del Personal (Signature of Staff Member)

Fecha (Date)

Nicasa Behavioral Health Services

Consentimiento para servicios

Autorizo y consentimiento que yo,, recibo de evaluación y / o la educación / intervención, como resultado de _____

La naturaleza y el propósito del servicio, las posibles complicaciones, las posibles alternativas a este tipo de servicios, los riesgos y las posibles consecuencias han sido plenamente explicado a mí por.

Yo entiendo que hay garantía o seguridad que me ha sido dada, por cualquier persona, en cuanto a los resultados del servicio.

También se me ha informado de que mis registros y revelaciones serán absolutamente confidenciales con la única excepción que la ley de otro modo requeriría tales revelaciones.

Este consentimiento es revocable por servicios por cualquiera de las partes mediante notificación por escrito. En tales casos, el caso será cerrado y mantenido para su posible uso en el futuro. Después de cerrar el caso, se respetarán las mismas normas de confidencialidad y accesibilidad a los registros.

Firma del cliente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Nicasa Behavioral Health Services

CONSENT FOR EVALUATION AND/OR INTERVENTION SERVICES

I authorize and consent that I, _____,
receive evaluation and/or intervention, as a result of _____

The nature and purpose of the service, the possible complications, the possible alternatives to such services, the risks involved and the possible consequences have been fully explained to me by _____.

I understand that no guarantee or assurance has been given me, by anyone, as to the results of the service.

I also have been informed that my records and disclosures will be kept absolutely confidential except only as the law may otherwise require such disclosures.

This consent for services is revocable by either party through written notice. In such instances, the case will be closed and maintained for possible future use. After closing the case, the same standards of confidentiality and accessibility to records will be upheld.

Signature of Client

Signature of Witness

Signature of Parent or Guardian

Client ID #

Date

Forma de Referencia de Nicasa Para el Sistema de Justicia

Nicasa Criminal Justice System Referral

Yo, _____, con número de seguro social _____, por este medio autorizo la comunicación entre Nicasa y:

I ... whose social security number is ..., hereby consent to communication between Nicasa and:

_____ El Circuito o el Distrito de Cortes del Condado de _____ que me ordeno a recibir tratamiento (incluyendo el Juez y el Abogado del Distrito)

Circuit or District Court of ... County ordering me to treatment (including the Judge and District Attorney)

_____ El Departamento de Correccionales y de Libertad Bajo de Palabra

Illinois Department of Corrections and Parole

_____ El Departamento de Correccionales del Condado

... County Department of Corrections

_____ El Departamento de Probatoria del Condado

... County Department of Probation

_____ El Departamento de Policía de la Ciudad de _____

City of ... Police Department

_____ El Departamento de Sheriff del Condado de _____

... County Sheriff's Department

_____ Tratamientos Alternativos para una Comunidad Segura ("TASC")

Treatment Alternatives for Safe Communities ("TASC")

_____ Abogado Defensor _____

Defense Attorney (name): ...

La información será compartida con el fin de informar a las agencia de justicia nombradas arriba de mi participación y progreso en los programas de Nicasa, incluyendo cualquiera de la siguiente información: Evaluación, Cartas de Culminación, Diagnostico, Plan o Resumen de Tratamiento, Información Actualización del Tratamiento en Proceso, Información sobre Manejo de Medicamentos, Reportes Toxicológicos, Pruebas de Drogas, Información Educativa, Resumen de Terminación o Traslado, Historia Legal, o Otros _____.

Information will be disclosed for the purpose of informing the criminal justice agencies listed above of my participation and progress in Nicasa programs, including any of the following information: Assessment, Completion Letters, Diagnosis, Treatment Plan or Summary, Current Treatment Update, Medication Management Information, Toxicological Reports/Drug Screens, Educational Information, Discharge/Transfer Summary, Legal History, Other:

Yo entiendo que Nicasa me esta proporcionando tratamiento confiando en que esta autorización permita el compartir la información con las agencias de justicia. Por lo mismo, yo entiendo que esta forma se mantendrá en efecto y no podrá ser revocada por mi hasta que hay una disposición final en el procedimiento que dio como resultado la creación de esta forma. A ese tiempo yo puedo revocar esta autorización de la siguiente manera: Enviando una carta por correo a Nicasa, 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL 60073. Si no es revocada, esta autorización será terminada en un año después de la fecha de terminación o de la disposición final en el procedimiento que dio como resultado esta forma. ~~cual~~ quiera que sea la última.

I understand that Nicasa is providing treatment to me in reliance on this authorization permitting disclosure to criminal justice agencies. Therefore, I understand that this authorization will remain in effect and cannot be revoked by me until final disposition of the proceeding that gave rise to the criminal justice system referral. At that time, I may revoke this authorization as follows: in writing mailed to Nicasa at 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL 60073. If not revoked, this authorization will terminate one year after the date of discharge or final disposition of the proceeding giving rise to the criminal justice system referral, whichever is later.

La persona que recibe esta información confidencial podrá volverla a compartir y usarla solo para llevar a cabo los procedimientos legales de la persona.

A person who receives confidential information may redisclose and use it only to carry out that person's official duties.

Firma del Cliente (Signature of client)

Fecha (Date)

Firma del Padre, Guardián o Representante Personal
(Signature of Parent, Guardian or Personal Representative)

Fecha (Date)

Si usted esta firmando como un representante personal de un individuo, por favor describa autoridad para actuar por este individuo (Abogado de poder, Substituto de Salud, etc.)

If you are signing as a personal representative of an individual, please describe your authority to act for this individual (power of attorney, healthcare surrogate, etc.).

Nicasa Salud del Comportamiento

DERECHOS DEL CLIENTE

Nicasa proporciona tratamiento para individuos y familias. Aunque cada uno de los programas individuales de Nicasa varían en el tipo de atención ofrecida, las siguientes políticas y procedimientos están diseñados para mejorar la dignidad de todos los clientes y proteger sus derechos como seres humanos. Estos derechos se observarán en todos los casos.

Usted tiene el derecho:

1. De un tratamiento individualizado que sea imparcial y sin discriminación por raza, religión, género, edad, etnicidad, orientación sexual, discapacidad o incapacidad.
2. De ser tratado en todo momento con dignidad y respeto en un ambiente libre de los siguientes: castigo físico o abuso; abuso sexual o acoso; maltrato psicológico o humillante, de acciones amenazadoras y explotadoras; abuso verbal; negligencia; y algún tipo de explotación para ganar dinero.
3. De un tratamiento en un entorno que no interfiera en su libertad personal y proporcione privacidad dentro de los límites de las capacidades de la agencia.
4. De conocer al personal clínico responsable de su cuidado, sus credenciales, calificaciones y experiencia profesional.
5. De participar en su tratamiento y planificación del alta, incluyendo la revisión periódica de su plan de tratamiento.
6. A la confidencialidad y privacidad y saber que la confidencialidad está limitada por la ley en casos tales como emergencias médicas, sospecha por el abuso de niños, orden judicial, sospecha por el abuso de adultos que no pueden protegerse a sí mismos, amenazas a la vida de otros y cualquier otras instancias especificadas por la ley cuando la divulgación puede hacerse sin el consentimiento del cliente.
7. De saber que fotografías identificables, videos, películas, etc., no serán usadas sin su consentimiento por escrito, ni será necesario que usted haga declaraciones públicas que reconozcan gratitud a Nicasa, NFP por sus servicios.
8. De quejarse, iniciar una queja o reportar cualquier actividad inadecuada sin temor a represalia o venganza.
9. De dar su consentimiento informado, rechazo informado o expresión de elección (y a ser informado de las consecuencias de sus decisiones) con respecto al servicio recibido, divulgación de información, la disponibilidad de servicios concurrentes, composición del equipo del cual recibió el servicio y su participación en proyectos de investigación.
10. De saber que Nicasa se adhiere a todas las reglas de investigación y ética federales y estatales, y que puede negarse a participar en algún proyecto de investigación sin comprometer su acceso a los servicios.
11. De tener acceso y/o referencia a las personas jurídicas para una representación adecuada, así como el acceso a la autoayuda y servicios de apoyo.
12. De tener acceso a su expediente y otra información pertinente a la planificación de su tratamiento y que esa información sea difundida de manera oportuna y adecuada para que facilite la toma de decisiones. La única excepción a este derecho son las restricciones permitidas por la ley federal (HIPAA) que incluyen información y notas de psicoterapia recopiladas con antelación razonable de para el uso en una acción civil, penal o un procedimiento administrativo.
13. De una pronta investigación y resolución de una presunta infracción de estos derechos.

14. De saber que todos los derechos legales a los que usted tiene derecho serán reconocidos y se harán cumplir mientras usted sea un cliente de Nicasa.

15. De solicitar una revisión e investigación ética de cualquier miembro del personal sin temor a represalias.

Para los clientes residenciales

16. Permiso de visitas en un área adecuada para las personas interesadas las cuales se ha determinado clínicamente que serían un beneficio para su tratamiento de acuerdo con las políticas de la agencia.

17. De recibir y mandar correo sin ningun problema y saber que su correo no será leído por los miembros del personal.

18. De llevar a cabo conversaciones telefónicas privadas de acuerdo a las políticas de la agencia al menos que sea contraindicado por razones clínicas.

Nivel de comprensión del cliente: Satisfactorio _____ Insatisfactorio _____

Entiendo la naturaleza del tratamiento con Nicasa, y mi firma indica mi consentimiento al tratamiento con Nicasa, NFP.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Consejero: _____ Fecha: _____

Una copia de esta declaración de derechos del cliente se le ha dado a:

Familiar _____ Cónyuge/Pareja _____ Padre/Tutor _____

Nicasa provides treatment for individuals and families. Although each of Nicasa's individual programs vary in the type of care offered, the following policies and procedures are designed to enhance the dignity of all clients and to protect their rights as human beings. These rights will be observed in all cases.

You have the right:

1. To individualized treatment that is impartial and without discrimination by race, religion, gender, age, ethnicity, sexual orientation, handicap or disability.
2. To be treated at all times with dignity and respect in an environment that is free from the following: physical punishment or abuse; sexual abuse or harassment; psychological abuse including humiliating, threatening and exploiting actions; verbal abuse; neglect; and exploitation for financial gain.
3. To treatment in a setting that is the least interfering to your personal freedom and that provides privacy within the limits of the agency's capabilities.
4. To know the clinical staff responsible for your care, their credentials, qualifications, and professional experience.
5. To participate in your treatment and discharge planning, including periodic review of your treatment plan.
6. To confidentiality and privacy, and to know that confidentiality is limited by law in cases such as medical emergencies, suspected child abuse, court order, suspected abuse of adults who cannot protect themselves, threats to the lives of others, and any other instances specified by law when disclosure may be made without client's consent.
7. To know that identifiable photographs, video tape, films, etc., will not be made or used without your written consent, nor will you be required to make public statements which acknowledge gratitude to Nicasa, NFP for its services.
8. To complain, initiate a grievance, or report any inappropriate activity without fear of reprisal or retaliation.
9. To give your informed consent, informed refusal, and/or expression of choice (and to be advised of the consequences of your decisions) in regard to service delivery, release of information, the availability of concurrent services, composition of your service delivery team, and your involvement in research projects.
10. To know that Nicasa adheres to all federal and state-required research guidelines and ethics, and to refuse to participate in any research projects without compromising your access to services.
11. To have access and/or referral to legal entities for appropriate representation, as well as access to self-help and advocacy support services.
12. To have access to your record and other information pertinent to your treatment planning, and to have that information released in a timely and appropriate manner that will facilitate decision making. The only exception to this right being the restrictions permitted by federal law (HIPAA) which include psychotherapy notes and information compiled in reasonable anticipation of or for use in a civil, criminal, or administrative action or proceeding.
13. To a prompt investigation and resolution of alleged infringement of these rights.
14. To know that all other legal rights to which you are entitled will be recognized and enforced while you are a client at Nicasa.
15. To request an ethics review/investigation of any staff member without fear of reprisal.

For Residential Clients

16. (For residential clients) To visitation in a suitable area by all concerned persons who have been clinically determined to be of benefit to your treatment in accordance with agency policies.
17. To the receipt and sending of mail without censor and to know that your mail will not be read by staff members.
18. To conduct private telephone conversations in accordance with agency policy unless contraindicated by clinical considerations.

Nicasa Salud del Comportamiento

DERECHOS DEL CLIENTE

Nicasa proporciona tratamiento para individuos y familias. Aunque cada uno de los programas individuales de Nicasa varían en el tipo de atención ofrecida, las siguientes políticas y procedimientos están diseñados para mejorar la dignidad de todos los clientes y proteger sus derechos como seres humanos. Estos derechos se observarán en todos los casos.

Usted tiene el derecho:

1. De un tratamiento individualizado que sea imparcial y sin discriminación por raza, religión, género, edad, etnicidad, orientación sexual, discapacidad o incapacidad.
2. De ser tratado en todo momento con dignidad y respeto en un ambiente libre de los siguientes: castigo físico o abuso; abuso sexual o acoso; maltrato psicológico o humillante, de acciones amenazadoras y explotadoras; abuso verbal; negligencia; y algún tipo de explotación para ganar dinero.
3. De un tratamiento en un entorno que no interfiera en su libertad personal y proporcione privacidad dentro de los límites de las capacidades de la agencia.
4. De conocer al personal clínico responsable de su cuidado, sus credenciales, calificaciones y experiencia profesional.
5. De participar en su tratamiento y planificación del alta, incluyendo la revisión periódica de su plan de tratamiento.
6. A la confidencialidad y privacidad y saber que la confidencialidad está limitada por la ley en casos tales como emergencias médicas, sospecha por el abuso de niños, orden judicial, sospecha por el abuso de adultos que no pueden protegerse a sí mismos, amenazas a la vida de otros y cualquier otras instancias especificadas por la ley cuando la divulgación puede hacerse sin el consentimiento del cliente.
7. De saber que fotografías identificables, videos, películas, etc., no serán usadas sin su consentimiento por escrito, ni será necesario que usted haga declaraciones públicas que reconozcan gratitud a Nicasa, NFP por sus servicios.
8. De quejarse, iniciar una queja o reportar cualquier actividad inadecuada sin temor a represalia o venganza.
9. De dar su consentimiento informado, rechazo informado o expresión de elección (y a ser informado de las consecuencias de sus decisiones) con respecto al servicio recibido, divulgación de información, la disponibilidad de servicios concurrentes, composición del equipo del cual recibió el servicio y su participación en proyectos de investigación.
10. De saber que Nicasa se adhiere a todas las reglas de investigación y ética federales y estatales, y que puede negarse a participar en algún proyecto de investigación sin comprometer su acceso a los servicios.
11. De tener acceso y/o referencia a las personas jurídicas para una representación adecuada, así como el acceso a la autoayuda y servicios de apoyo.
12. De tener acceso a su expediente y otra información pertinente a la planificación de su tratamiento y que esa información sea difundida de manera oportuna y adecuada para que facilite la toma de decisiones. La única excepción a este derecho son las restricciones permitidas por la ley federal (HIPAA) que incluyen información y notas de psicoterapia recopiladas con anticipación razonable de o para el uso en una acción civil, penal o un procedimiento administrativo.
13. De una pronta investigación y resolución de una presunta infracción de estos derechos.

14. De saber que todos los derechos legales a los que usted tiene derecho serán reconocidos y se harán cumplir mientras usted sea un cliente de Nicasa.

15. De solicitar una revisión e investigación ética de cualquier miembro del personal sin temor a represalias.

Para los clientes residenciales

16. Permiso de visitas en un área adecuada para las personas interesadas las cuales se ha determinado clínicamente que serían un beneficio para su tratamiento de acuerdo con las políticas de la agencia.

17. De recibir y mandar correo sin ningun problema y saber que su correo no será leído por los miembros del personal.

18. De llevar a cabo conversaciones telefónicas privadas de acuerdo a las políticas de la agencia al menos que sea contraindicado por razones clínicas.

Nivel de comprensión del cliente: Satisfactorio _____ Insatisfactorio _____

Entiendo la naturaleza del tratamiento con Nicasa, y mi firma indica mi consentimiento al tratamiento con Nicasa, NFP.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Consejero: _____ Fecha: _____

Una copia de esta declaración de derechos del cliente se le ha dado a:

Familiar _____ Cónyuge/Pareja _____ Padre/Tutor _____

Nicasa provides treatment for individuals and families. Although each of Nicasa's individual programs vary in the type of care offered, the following policies and procedures are designed to enhance the dignity of all clients and to protect their rights as human beings. These rights will be observed in all cases.

You have the right:

1. To individualized treatment that is impartial and without discrimination by race, religion, gender, age, ethnicity, sexual orientation, handicap or disability.
2. To be treated at all times with dignity and respect in an environment that is free from the following: physical punishment or abuse; sexual abuse or harassment; psychological abuse including humiliating, threatening and exploiting actions; verbal abuse; neglect; and exploitation for financial gain.
3. To treatment in a setting that is the least interfering to your personal freedom and that provides privacy within the limits of the agency's capabilities.
4. To know the clinical staff responsible for your care, their credentials, qualifications, and professional experience.
5. To participate in your treatment and discharge planning, including periodic review of your treatment plan.
6. To confidentiality and privacy, and to know that confidentiality is limited by law in cases such as medical emergencies, suspected child abuse, court order, suspected abuse of adults who cannot protect themselves, threats to the lives of others, and any other instances specified by law when disclosure may be made without client's consent.
7. To know that identifiable photographs, video tape, films, etc., will not be made or used without your written consent, nor will you be required to make public statements which acknowledge gratitude to Nicasa, NFP for its services.
8. To complain, initiate a grievance, or report any inappropriate activity without fear of reprisal or retaliation.
9. To give your informed consent, informed refusal, and/or expression of choice (and to be advised of the consequences of your decisions) in regard to service delivery, release of information, the availability of concurrent services, composition of your service delivery team, and your involvement in research projects.
10. To know that Nicasa adheres to all federal and state-required research guidelines and ethics, and to refuse to participate in any research projects without compromising your access to services.
11. To have access and/or referral to legal entities for appropriate representation, as well as access to self-help and advocacy support services.
12. To have access to your record and other information pertinent to your treatment planning, and to have that information released in a timely and appropriate manner that will facilitate decision making. The only exception to this right being the restrictions permitted by federal law (HIPAA) which include psychotherapy notes and information compiled in reasonable anticipation of or for use in a civil, criminal, or administrative action or proceeding.
13. To a prompt investigation and resolution of alleged infringement of these rights.
14. To know that all other legal rights to which you are entitled will be recognized and enforced while you are a client at Nicasa.
15. To request an ethics review/investigation of any staff member without fear of reprisal.

For Residential Clients

16. (For residential clients) To visitation in a suitable area by all concerned persons who have been clinically determined to be of benefit to your treatment in accordance with agency policies.
17. To the receipt and sending of mail without censor and to know that your mail will not be read by staff members.
18. To conduct private telephone conversations in accordance with agency policy unless contraindicated by clinical considerations.

Nicasa

ACUERDO DE LA PRUEBA DE DROGAS DRUG TESTING AGREEMENT

Yo, _____, entiendo y espero someterme a un análisis de orina. Sin aviso previo, durante mi tratamiento. Y entiendo también, que los resultados de estas pruebas serán totalmente confidencial, con la excepción de que los resultados pueden ser revelados a mi abogado, oficial de probación o al sistema de corte, siempre y cuando el "permiso de información" esta firmado. Yo entiendo que repetidos resultados positivos de drogas serán una violación de mi acuerdo con el tratamiento y pueden resultar en referencia en el futuro.

I understand that I am expected to undergo random urinalysis drug testing throughout my treatment. I further understand that the results of this test will be confidential with the exception that these results may be made available upon appropriate execution of a written "Release of Information" statement. I understand that repeated positive drug tests may be in violation of my treatment agreement and may result in a further referral.

Firma del Cliente / Client Signature

Fecha / Date

Firma del Consejero / Counselor Signature

Fecha / Date

Notificación de Emergencia/Emergency Notification

Yo/I _____, por la presente autorizo al personal de Nicasa a comunicarse con las siguientes personas en caso de una emergencia/ hereby authorize Nicasa staff to contact the following persons in the case of an emergency.

Contacto Primario/Primary Contact:

Nombre/Name _____

Telefono/Phone _____

Contacto Secundario/Secondary Contact: (Sera contactado si el contacto primario no contesta/ to be contact if primary contact cannot be reached)

Nombre/Name _____

Telephone/Phone _____

Si tiene una emergencia medica y no puede comunicarse con los socorristas, lo siguiente sera compartido con el personal de emergencia/if you have a medical emergency and cannot communicate with First Responders, the following will be shared with emergency personnel:

- Nombre/Name
- Direccion/Address
- Fecha de Nacimiento/Date of Birth

Escriba sus iniciales y llene lo siguiente si quiere que esta informacion sea compartida con el personal de emergencia? Please initial and complete the following if you wish this information to be released to emergency personnel:

_____ Todos los medicamentes compartidos con Nicasa que usted esta tomando/on All
Iniciales/Initials medications that you have disclosed at Nicasa that you are taking.

_____ Las siguientes alergias y/o condiciones medica/The following allergies and/or medical
Iniciales/Initials condition(s):

Firma del Cliente/Client Signature

Fecha/Date

Si usted puede comunicarse, Nicasa no compartira informacion privada de su salud con los socorristas/if you are able to communicate, Nicasa will release no private health information to First Responders.

Nicasa Solicitud de medios de comunicaci3n confidencial

Nicasa Request for Confidential Means of Communications

Nicasa

Original/ORIGINAL Cambio/CHANGE

Fecha de Hoy/ Today's Date: _____	
Nombre del Cliente/ Client's Name: _____	# de Cliente/ Client # _____
Fecha dd Nacimiento/ Client's Birth Date _____	# de Seguro Social/ Social Security Number _____
Direcci3n del Cliente /Client's Address: _____	
Telefono durante el Dia/Daytime Telephone _____	Telefono durante la noche/Evening Telephone _____

Nicasa quizas se comunicu3 que contigo por correo, por telefono o fax. Esta comunicacion podria incluir informaci3n sobre su salud. Si usted no desea ser contactado por los metodos mencionados por favor especifique en el espacio siguiente.

Nicasa may contact you by mail, phone or fax. This communication may include your protected health information. If you do not wish to be contacted by one or more of these methods please specify below:

No se contactado conmigo por este medio: _____

DO NOT CONTACT ME AS FOLLOWS:

Si desea ser contactado en otra direcci3n diferente a la antes mencionada por favor especificarlo en el siguiente espacio.

If you wish to be contacted at an address other than the one stated above, please specify below:

Por favor contactadme al: _____

PLEASE CONTACT ME AT:

Si hay alguna restrincci3n sobre los pagos. Estos se har3n de la siguiente forma/ If the restrictions affect my payment arrangements, payment will be made as follows:

Yo entiendo que Nicasa estar3 de acuerdo en todas las solicitudes razonables, pero mi solicitud puede ser negada, si yo no proporciono la informaci3n necesaria 3 si proporciono la informaci3n necesaria como para los pagos si aplica. Nicasa me notificar3 por escrito la respuesta a mi petici3n.

I understand that Nicasa will agree to all reasonable requests, but may deny a request if I do not clearly provide an alternative means of contact, or if I do not provide information as to how payment, if applicable, will be made. Nicasa will notify me in writing of its response to my request.

Firma del Cliente/ Signature of Client

Fecha/Date

Firma del Tutor o persona responsable/Signature of Client's Personal Representative Fecha/Date

THIS SECTION TO BE COMPLETED FOR CHANGE IN CONFIDENTIAL MEANS OF COMMUNICATION ONLY

For Organization Use Only:

Date Request Received: _____

Date of Written Response: _____

Action taken (CHECK ONE): Approved Denied

Staff person signature

Date



Positive Choices. Lifelong Solutions.

I, _____ (Client's Name), whose Date of Birth is _____, authorize Nicasa to disclose to and/or obtain from: _____

(Name of Person/Title of Person or Organization) the following information:

Description of Information to be Disclosed (Client needs to initial each item to be disclosed)

- Assessment/Evaluation, Diagnosis, Psychological Evaluation, Psychiatric Evaluation, Treatment Plan/Summary, Current Treatment Update/Status, Medication Management Information, Presence/Participation in Treatment, Nursing/Medical Information, Toxicological Reports/Drug Screens, Risk Reduction Education Information, Discharge/Transfer Summary, Continuing Recovery Plan, Progress in Treatment, Demographic Information, SOS Documentation (Updates, Tx Verification), Status/Completion Letters, Other

Purpose: The purpose of this disclosure of information is to improve assessment and treatment planning, share information relevant to services and when appropriate, coordinate services. If other purpose, please specify: _____

Revocation: I understand that I have a right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending written notification to Nicasa, at 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL, 60073. I further understand that a revocation of the authorization is not effective to the extent that action has been taken in reliance on the authorization.

Expiration: Unless sooner revoked, this consent expires one year from the date of my discharge.

Conditions: I further understand that Nicasa will not condition my services on whether I give authorization for the requested disclosure. However, it has been explained to me that failure to sign this authorization may have the following consequences: client responsible for obtaining all information in person.

Form of Disclosure: Unless you have specifically requested in writing that the disclosure be made in a certain format, we reserve the right to disclose information as permitted by this authorization in any manner that we deem to be appropriate and consistent with applicable law, including, but not limited to verbally, in paper format or electronically.

Redisclosure: State and Federal law prohibit the person or organization to whom disclosure is made from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written authorization of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 C.F.R. Part 2 or the Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (740 ILCS 110/1 et seq.).

I understand that I have the right to inspect and copy the information to be disclosed. I will be given a copy of this authorization for my records.

Signature of Client Date
Signature of Parent, Guardian or Personal Representative Date

If you are signing as a personal representative of an individual, please describe your authority to act for this individual (power of attorney, healthcare surrogate, etc.).

Check here if Client refuses to sign authorization

Signature of Staff Witness Attesting to Identity & Authority Date



Effective February 29, 2016

Service Fees

EVALUATIONS

DUI	\$150
Narrative Substance Abuse/Gambling	\$200
Mental Health Assessment	\$200
Locus Assessment	\$100
Secretary of State Part 1	\$100
Secretary of State Part 2	\$500

INDIVIDUAL SERVICES

Substance Abuse/Mental Health	1 hour @	\$100
Treatment Plan	1 hour @	\$100
AODA Intake	1/2 hour @	\$25
Moderate Intake	1 hour @	\$100
Significant/High Risk/IOP Intake	1 hour @	\$125
Youth Intake	1 hour @	\$100

Your costs

Estimated hours*

Estimated costs

OUTPATIENT GROUP

Substance Abuse	1 hour @	\$28
Mental Health	1 hour @	\$28
AODA	1 hour @	\$14
TRACK	1 hour @	\$10

Estimated days/
hours*

Estimated costs

INTENSIVE OUTPATIENT GROUP

Substance Abuse/Mental Health	1 day @	\$250
	or 1 hour @	\$28

TOXICOLOGY

Urinalysis drug screen	\$60
Redi Strip alcohol screen	\$40

Estimated hours*

Estimated costs

OTHER

Parenting	1 hour @	\$28
GOALS	total program @	\$140

Estimated cost of your treatment

\$ _____

*Total number of hours/days is based on a client's individual treatment plan and progress and is subject to change.

Client Signature

Date