

# DRUG AND ALCOHOL TREATMENT INFORMATION FORM

CASE IDENTIFICATION			
CO	DIST	RECORD #	DATE

FIRST	LAST	M.I.	SOCIAL SECURITY NUMBER	
STREET NAME #	APT. #	CITY	STATE	ZIP CODE
				TELEPHONE NO. (      )

**TREATMENT CENTER AND ADDRESS:**

**REFERRAL**

This person is being referred for evaluation of a possible alcohol or drug abuse problem and possible entry into a treatment program. The clinic evaluation will assist the county assistance office (CAO) in determining this person's eligibility for assistance. Please provide information below or on the reverse as requested. If necessary, copy for your records and return the original copy to the presenter, or mail to:

CAO ADDRESS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IMCW NAME

Tôi xin ủy quyền và yêu cầu tiết lộ thông tin của trung tâm điều trị cai nghiện ma túy/rượu của tôi cho CAO xác minh rằng tôi hiện đang điều trị lạm dụng ma túy/rượu, tên và địa chỉ của chương trình điều trị ma túy/rượu, thời gian điều trị dự kiến, loại hình điều trị, liệu chương trình điều trị có ngăn cản tôi không được làm những công việc cụ thể nào hay không và những thông tin về việc làm và điều trị liên quan được yêu cầu trên mẫu đơn này. Tôi hiểu rằng thông tin thu được sẽ chỉ được sử dụng cho các mục đích liên quan trực tiếp tới tính hợp lệ của tôi để được hỗ trợ tối đa là 9 tháng. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể rút lại ủy quyền này bất kỳ khi nào ngoại trừ phạm vi nó đã được thực hiện, nhưng sẽ hết hạn sau 9 tháng kể từ ngày tôi ký vào ủy quyền này hoặc vào ngày \_\_\_\_\_ nếu sớm hơn thời hạn 9 tháng.

I hereby authorize and request disclosure of information by my drug/alcohol treatment center to the CAO verifying that I am currently undergoing treatment for drug/alcohol abuse, the name and address of the drug/alcohol treatment program, the estimated length of the treatment, the type of treatment, whether the treatment program precludes me from any form of employment, and any related employability and treatment information requested on this form. I understand that the information obtained will be used only for purposes directly related to my eligibility for assistance for up to a lifetime limit of nine months. I also understand that this authorization can be revoked by me at any time except to the extent it has been acted upon, but will otherwise expire nine months after the date of my signature or on \_\_\_\_\_ if sooner than nine months.

\_\_\_\_\_  
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN/NGƯỜI NHẬN • APPLICANT/RECIPIENT SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
NGÀY THÁNG • DATE

\_\_\_\_\_  
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI LÂM CHỨNG • WITNESS SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
NGÀY THÁNG • DATE

\_\_\_\_\_  
CHỨC VỤ • TITLE

62 P.S. §432 (3)(i)(C) và (E) và 55 Pa. Code §141.61 (c)(1)(iii)(E) yêu cầu rằng, như một điều kiện để được trợ cấp, người liên quan phải tuân thủ theo các lịch hẹn đã lên kế hoạch và chấp nhận tất cả các điều trị đã được kê đơn cho mình nếu thẩm định chứng minh rằng anh ta/cô ta có vấn đề nghiện rượu hoặc chất ma túy, và chương trình điều trị ngăn cản anh ta/cô ta được tham gia bất kỳ hình thức việc làm nào.

62 P.S. §432(3)(i)(C) and (E) and 55 Pa. Code §141.61 (c)(1)(iii)(E) require that, as a condition of eligibility for assistance, this person must keep any scheduled appointment and accept whatever treatment is prescribed for him/her if an evaluation substantiates that he/she has an alcohol or drug problem, and his/her treatment program precludes any form of employment.

**PROVIDER RESPONSE TO REFERRAL**

SLOT AVAILABLE. START DATE \_\_\_\_\_ ESTIMATED LENGTH OF TREATMENT PERIOD \_\_\_\_\_

OUTPATIENT/INTENSIVE OUTPATIENT\*  PARTIAL HOSPITALIZATION  RESIDENTIAL/HALFWAY HOUSE

TREATMENT SCHEDULE \_\_\_\_\_

DOES THE TREATMENT SCHEDULE PRECLUDE THE CLIENT FROM WORKING?  YES  NO

IF YES, WHY? \_\_\_\_\_ IF YES, WHEN WILL HE/SHE BE ABLE TO WORK? \_\_\_\_\_

\*SCA SIGNOFF REQUIRED IF TREATMENT SCHEDULE REFLECTS 10 HOURS OR LESS PER WEEK BUT PRECLUDES EMPLOYMENT.

SLOT UNAVAILABLE. DATE FIRST SLOT AVAILABLE \_\_\_\_\_

CLIENT DID NOT KEEP APPOINTMENT.

**REQUEST FOR INFORMATION:**

This person has indicated that he/she is currently in a drug/alcohol treatment program. He/she must actively continue in the treatment program to be eligible for assistance. Please provide the information under the sections that are indicated. See the authorization for disclosure of information section above or attached.

**INITIAL REQUEST (FIRST MONTH)**

CLIENT IS IN ACTIVE TREATMENT. THE TREATMENT BEGAN \_\_\_\_\_ AND IS EXPECTED TO END \_\_\_\_\_

THE TREATMENT PROGRAM IS: \_\_\_\_\_

OUTPATIENT/INTENSIVE OUTPATIENT\*  PARTIAL HOSPITALIZATION  RESIDENTIAL/HALFWAY HOUSE

HOW MANY HOURS, PER WEEK, IS THE CLIENT SCHEDULED TO ATTEND TREATMENT? (NOT APPLICABLE TO RESIDENTIAL/HALFWAY HOUSE) \_\_\_\_\_

DOES THE TREATMENT PROGRAM PRECLUDE THE CLIENT FROM WORKING?  YES  NO

IF YES, WHY: \_\_\_\_\_ IF YES, WHEN WILL HE/SHE BE ABLE TO WORK? \_\_\_\_\_

\*SCA SIGNOFF REQUIRED IF TREATMENT SCHEDULE REFLECTS 10 HOURS OR LESS PER WEEK BUT PRECLUDES EMPLOYMENT.

**PROGRESS REPORT: PERIOD BEGINNING/ENDING:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**PROVIDER RESPONSE:**

CLIENT REMAINS IN TREATMENT.  YES  NO

CLIENT ATTENDED \_\_\_\_\_ TREATMENT SESSIONS DURING THE REPORT PERIOD.  
NUMBER

DOES THE TREATMENT PROGRAM CONTINUE TO PRECLUDE THE CLIENT FROM WORKING?  YES  NO

IF YES, WHY: \_\_\_\_\_ IF YES, WHEN WILL HE/SHE BE ABLE TO WORK? \_\_\_\_\_

TREATMENT PROGRAM ENDED \_\_\_\_\_ . REASON: \_\_\_\_\_

PLEASE ATTACH ANY ADDITIONAL EXPLANATORY NOTES THAT YOU MAY THINK NECESSARY.

**CERTIFICATION:** I HEREBY CERTIFY THAT THE INFORMATION PRESENTED IN THIS REPORT IS COMPLETE AND ACCURATE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE SCA REPRESENTATIVE (IF NECESSARY)

\_\_\_\_\_  
NAME (PRINT OR TYPE)

\_\_\_\_\_  
NAME (PRINT OR TYPE)

\_\_\_\_\_  
TITLE

\_\_\_\_\_  
SCA DATE

\_\_\_\_\_  
FACILITY NAME