

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL
MARION COUNTY MENTAL HEALTH COURT**

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

Fecha: _____

MHC Caso # _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de segundo nombre: _____

Sexo (M/F): _____ Fecha de nacimiento: _____ Raza: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Dirección de correo si es diferente: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Licencia de conducir o carné de identidad del estado: (marque uno) Sí / No

Número de licencia de conducir o de carné de identidad: _____

Número de Seguro Social: _____

Cuánto tiempo ha vivido en el Condado de Marion: _____

Contacto en caso de emergencia: Nombre: _____

#(s) de teléfono: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Cargo(s) actual(es): _____

Número de causa: _____

Actualmente en la cárcel (Por favor, marque uno): Sí / No. Si es así, fecha de encarcelamiento: _____

Condenas anteriores: _____

Nombre del abogado: _____

Defensor público/Nombre de la oficina de abogado(s) _____

Número de teléfono: _____

El Tribunal de Salud Mental del Condado Marion no discrimina contra solicitantes que reúnen los requisitos ni por su raza, color, religión, género, edad, nacionalidad, estado civil, impedimento (discapacidad) o por ser o no ser veterano de guerra o por cualquier otra razón que la ley federal, estatal o local prohíba.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL MARION COUNTY MENTAL HEALTH COURT

El propósito y la necesidad de este intercambio de información es proporcionar información sobre mi admisibilidad y participación en el proceso de solicitud del programa de Salud Mental del Tribunal. La información que se intercambiará puede incluir información sobre mi diagnóstico que incluirá, pero no se limita a: historial médico, incluidas evaluaciones actuales, diagnóstico, tratamiento y medicamentos, arresto y antecedentes penales, evaluación de riesgo y consumo de alcohol / drogas e información de diagnóstico.

Los miembros del equipo de Tratamiento del Programa del Tribunal de Salud Mental son; el juez que preside el Tribunal de Salud Mental, el Subfiscal del Estado, el Defensor Público u otro Abogado Defensor, el Coordinador del Tribunal de Salud Mental, el Supervisor / personal de Alternativas del Tribunal, el representante de NAMI y la Policía en su calidad de miembro del equipo del Tribunal de Salud Mental.

Estoy de acuerdo en que la divulgación de la información anterior, antes de la terminación del programa de Salud Mental del Tribunal, la sentencia y / o la revocación de este consentimiento no será una violación de mi derecho a la confidencialidad.

Entiendo que cualquier divulgación hecha con respecto al tratamiento de salud mental y abuso de sustancias está sujeta a la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42CFR, parte 2), que rige la confidencialidad de los registros de pacientes de salud mental y abuso de sustancias y que quienes reciben esta información pueden volver a divulgarla solo en relación con sus deberes oficiales, y sólo con respecto a estos procedimientos penales particulares.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre del abogado (Por favor, escriba en letra de imprenta)

Firma del abogado

Fecha

Por favor remita la referencia completa junto con la autorización para revelar información a:

The Clerk of the Court, County Criminal, Room 101

o envíelo por e-mail/scan a cweldon@circuit5.org

En caso de preguntas, por favor llame a Regina Lewis @ 352-817-6282

El Tribunal de Salud Mental del Condado Marion no discrimina contra solicitantes que reúnen los requisitos ni por su raza, color, religión, género, edad, nacionalidad, estado civil, impedimento (discapacidad) o por ser o no ser veterano de guerra o por cualquier otra razón que la ley federal, estatal o local prohíba.