



1.5.1.1 INTERPRETER REQUEST

Requested by: _____
(Name of Person and Agency Requesting service)

If internal the Center request, note program in which client's services are funded: _____

Faxed Date: ___/___/___ Confirmed Date: ___/___/___ By: _____

Client Name/11 Cha Code: _____ Apt Type: _____
(Medical, Dental, Eye Clinic, Counseling, Please Specify)

Appt Start Time: _____ End Time: _____ Appt Date: ___/___/___

APPOINTMENT LOCATION

Address: _____

Contact: _____

Language: _____ Special Instructions: _____
(Country/State/Province/Name of Interpreter)

the Center USE ONLY

Interpreter Service Provider: _____ Telephone: ___/___-___

Date ISP Notified of Need by FAX: ___/___/___ By: _____

Confirmed on: ___/___/___ By: _____

ISP Representative Confirming: _____

Name of Interpreter: _____ Interpreter Level: _____

Canceled by: _____ Date Canceled: ___/___/___

Verification Recd Service Provided: Yes No All Documents in File/ OK to Bill: Yes No

If No, Document(s) Missing: _____

Funding: DSHS-HIV DSHS-SAS HHSC Private

VERIFICATION OF SERVICE PROVIDED

Service Provided as described above: Yes No If no, reason: _____

Length of Appointment: _____ hours Verified By: _____

Signature of Verifying Official: _____

Documents Attained at Appt: _____

Date Documents Delivered to the Center: ___/___/___ Method of Delivery: Fax Mail

Comments: _____

Note: Eligibility criteria for this service to be funded under DSHS-HIV contract includes: HIV positive; resident of Austin, Chambers, Colorado, Fort Bend, Harris, Liberty, Montgomery, Walker, Waller, and Wharton Counties; and income under 500% of the poverty level. If this is the first time an interpreter has been scheduled for this client, verify that all eligibility documentation has been received before scheduling. If documentation not provided to the Center by Requesting Agency within 2 days following initial appointment, Requesting Agency will be billed for interpreter service. 5/09



1.5.1.3 CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE INTÉRPRETE Y REVELAR/INTERCABIAIR INFORMACIÓN

Nombre del Cliente _____

Teléfono _____ Dirección Postal _____

Zona Postal _____

Consentimiento para Recibir Servicios: Yo comprendo y he recibido una explicación y una copia de mis derechos como cliente e instrucciones de cómo registrar una queja. Estando totalmente informado de esto, acepto recibir a través del Montrose Center Servicios de intérprete subsidiados por Servicios para la Salud del Departamento del Estado - VIH/ETS u otros.

Revelación de Información: Yo, _____, solicito y autorizo a:

Nombre del cliente

_____, intercambiar información, incluyendo mi estado del VIH, con los Servicios de Interpretación de Montrose Center acerca de mi cuidado con el propósito de coordinar los Servicios de Interpretación.

Comprendo que mi archivo está bajo la protección de las regulaciones federales que gobiernan la Confidencialidad de los Archivos de Pacientes de Alcohol y Drogas, 42 CFR, Parte 2, Sección 33 de la Ley Pública 91-616 enmendado por Ley Pública 93-282, HIPAA Privacy Act, §45 CFR 160-164 y por todas las leyes estatales y locales, reglas, y regulaciones aplicables; y no puede ser revelado sin mi consentimiento por escrito a no ser que ello sea proveído en las regulaciones. También comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto cuando una acción haya sido tomada dependiente a este consentimiento (en otras palabras, durante libertad vigilada, libertad provisional, etc.). Una copia fotoestática de esta autorización será considerada tan válida como la original. Este consentimiento expira 6 meses después de mi último contacto con el Montrose Center, a no ser que yo lo revoque en la manera mencionada anteriormente.

Firma del Cliente

____/____/____
Fecha

Firma del padre o madre, guardian, o representante autorizado

Return to: Interpreter Services, 401 Branard, 2nd Floor, Houston, TX 77006
713.529.0037 713.526.4367 (fax)