



Tận Tâm với Sức Khỏe của cả Cộng Đồng

Sở Sức Khỏe Tâm Thần
828 South Bascom Avenue, Suite 200
San José, California 95128
Tel (408) 885-5770
Fax (408) 885-5788
Fax (408) 885-5789

THÔNG BÁO VỀ NHÀ Ở CỦA MHSA

1/3/2011

Những người cao niên có hứng thú và đủ tiêu chuẩn (62 tuổi trở lên) nên làm đơn xin mười sáu (16) căn hộ một phòng ngủ và hai (2) căn hộ hai phòng ngủ được Đạo Luật Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần chỉ định ở Fair Oaks Plaza, tọa lạc 660 South Fair Oaks Avenue, Sunnyvale, CA 94086, cách El Camino Real hai dặm nhà về phía bắc. Dự án này cung cấp một phòng họp cộng đồng có nhà bếp, chỗ giặt đồ, phục vụ máy vi tính, phòng vệ sinh công cộng, một khu vực dã ngoại/nướng thịt, hệ thống báo động khẩn cấp (có lệ phí), và một ga-ra có cổng và mái che. Dự án còn tọa lạc trong vòng ¼ dặm từ Trung Tâm Cộng Đồng Sunnyvale và Công Viên Braly.

Tiền Thuê MHSA và Tiền Tiễn Ích

Tiền thuê phải trả hàng tháng là \$231 cho một căn hộ một phòng ngủ hoặc \$221/tháng cho một căn hộ hai phòng ngủ. Người thuê chịu trách nhiệm trả tiền điện. Người chủ sẽ trả tiền nước, cống và rác. Người thuê còn chịu trách nhiệm về dịch vụ điện thoại và cáp nếu họ đăng ký thuê bao.

GIỚI HẠN TUỔI

Dự án này dành riêng cho Người Cao Niên được xác định là từ 62 tuổi trở lên. Tất cả các thành viên của hộ đều phải đáp ứng giới hạn tuổi 62 trở lên.

Điều Kiện Đủ Tiêu Chuẩn thuê MHSA

Những người thuê đủ tiêu chuẩn phải đáp ứng được các yêu cầu nêu trong phần 1-4 dưới đây.

1. Các cá nhân phải:

- a) “Bị bệnh tâm thần nặng”:
 - Là người già thu nhập thấp bị bệnh tâm thần nặng như được xác định trong *Bộ Luật về Tổ Chức và Phúc Lợi California* 5600.3(b)(1); và
 - Là người, vào lúc thẩm định cho dịch vụ nhà ở, đáp ứng các tiêu chuẩn cho các dịch vụ MHSA ở quận hạt họ cư ngụ.
- b) “Vô gia cư,” nghĩa là sống trên đường phố, hoặc thiếu chỗ ở qua đêm cố định, chính thức và thỏa đáng. (Điều này bao gồm chỗ trú ngụ, nhà nghỉ và các tình huống sinh sống trong đó người đó không có được những quyền lợi của người thuê chỗ.)
- c) HOẶC “có nguy cơ bị vô gia cư,” trong đó gồm:
 - Các cá nhân bị thải hồi khỏi các cơ quan gồm:
 - Bệnh viện, gồm cả bệnh viện tâm thần cấp tính, cơ sở sức khỏe tâm thần (PHF), cơ sở điều dưỡng chuyên nghiệp (SNF) với một chương trình điều trị đặc biệt được chứng nhận cho người bị rối loạn tâm thần (STP), và các trung tâm phục hồi sức khỏe tâm thần (MHRC)



- Các nơi cư trú loại dành cho khủng hoảng và loại chuyển tiếp
 - Những người được thả khỏi nhà tù cấp thành phố và quận hạt
 - Những người được bố trí tạm thời vào các cơ sở chăm sóc dân cư khi bị thải hồi khỏi một trong những cơ sở nêu trên
 - Những người đã được thẩm định và đang nhận các dịch vụ tại sở sức khỏe tâm thần quận hạt và đã được cho là có nguy cơ bị vô gia cư rõ rệt, theo chứng nhận của giám đốc sức khỏe tâm thần quận hạt.
2. Người đó phải là người cao niên (62 tuổi trở lên).
 3. Người đó phải có thu nhập hộ gia đình hàng năm dưới \$22,300 (1 người), \$25,500 (2 người), \$28,650 (3 người). Mức này bằng 30% mức Thu Nhập Bình Quân Theo Khu Vực hiện thời cho từng cỡ gia đình được định trước.
 4. Người đó phải đáp ứng được một trong hai yêu cầu sau đây của Quận Hạt Santa Clara:
 - a) Là “người dùng trung cấp” các dịch vụ tại các bệnh viện/cơ quan theo hợp đồng; là những thân chủ bị bệnh tâm thần nặng mà hiện không cần cơ sở chăm sóc suốt 24 giờ nhưng lại không thể sống độc lập mà không có các dịch vụ hỗ trợ. Đây là những thân chủ vô gia cư hoặc có nguy cơ bị vô gia cư (theo như Đơn Xin Chương Trình Nhà ở MHSA) và:
 - Dùng các dịch vụ bệnh nhân ngoại trú và thường xuyên phụ thuộc vào chúng;
 - Với sự trợ giúp, có thể quản lý được các Sinh Hoạt Hàng Ngày và việc dùng thuốc của họ trong một tình huống sống độc lập; và
 - Có thu nhập rất hạn hẹp hoặc được cho là bị thiếu thu nhập liên tục trong 12 tháng tới; (bao gồm những thân chủ mới mà trước đó không được phục vụ.)
 - b) Đã rời khỏi một môi trường chăm sóc 24 giờ và đã thể hiện sự thành công hoặc đã hoàn tất quá trình chuyển tiếp ở một cơ sở chăm sóc dân cư và có thể chuyển vào nhà ở hỗ trợ dài hạn trong bước tiếp theo của quá trình hồi phục.

Lưu ý: Nhân viên ở bệnh viện hoặc cơ quan có hợp đồng sẽ giúp xác định các thân chủ nào đáp ứng các điều kiện này và chuyển chuyển ứng cử viên đó đến MHD.

Đề Xin.

1. Những người cao niên đủ tiêu chuẩn và có hứng thú muốn xin phải nộp mẫu đơn Tiêu Chuẩn Chương Trình Nhà Ở MHSA và mẫu đơn Đồng Ý Tiết Lộ Thông Tin Bảo Mật Về Sức Khỏe được đính kèm trước ngày **27/4/2011** đến:

Robert A. Dolci, M.A.
Homeless Concerns Coordinator
Santa Clara County Mental Health Department
650 South Bascom Avenue, Suite A
San José, CA 95128

Có thể chuyển hoặc gửi bưu điện các mẫu đơn nêu trên đến địa chỉ trên hoặc có thể gửi email đến Mr. Dolci ở: robert.dolci@hhs.sccgov.org.

2. Tất cả người già từ 62 tuổi trở lên có hứng thú muốn xin một hộ được MHSA chi định hoặc bất cứ đơn vị nào khác cũng phải điền đơn thỉnh cầu **trước ngày 4/5/2011** tại địa chỉ:

915 West El Camino Real
Sunnyvale, CA 94087

Các mẫu đơn nêu trên phải được đích thân mang đến địa chỉ trên đây.

Thắc Mắc

Để biết thêm thông tin, xin gọi Mr. Dolci ở số (408) 793-6451 hoặc Ms. Kathy Bogges ở số (408) 333-9811.

Phần dành cho nhân viên MHD điền:

Ngày nhận _____

Số Unicare của người thuê nhà: _____

Ngày được chấp thuận /từ chối _____

Số điện thoại của người thuê nhà _____

Sở Y Tế Tâm thần Quận hạt Santa Clara
CHƯƠNG TRÌNH CUNG CẤP NHÀ Ở CỦA MHSA
Phiếu Thẩm định Sự Hội đủ Điều kiện

TÊN: Họ _____ Tên _____

Ngày sinh _____ Số An sinh xã hội _____

Tên người cung cấp dịch vụ _____ Số RU của người cung cấp _____

Nhân viên Phụ trách Hồ sơ _____

Nhóm Tuổi: 0-15 16-25 26-59 60+

Dân tộc:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Phi châu | <input type="checkbox"/> Người Trung hoa | <input type="checkbox"/> Người Mễ Tây Cơ/
Người Mỹ gốc Mễ Tây Cơ |
| <input type="checkbox"/> Người Di Dân Châu Phi | <input type="checkbox"/> Người Phi luật tân | <input type="checkbox"/> Người gốc Châu Mỹ
La tinh khác |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc thổ dân
da đỏ/Người thổ dân Alaska | <input type="checkbox"/> Người Việt nam | <input type="checkbox"/> Người Đông Âu |
| <input type="checkbox"/> Người da trắng | <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ Châu Á | <input type="checkbox"/> Dân tộc khác: _____ |
| <input type="checkbox"/> Người Ba Tư/Iran | <input type="checkbox"/> Người Căm-pu-chia | |
| <input type="checkbox"/> Người Nga | <input type="checkbox"/> Người ở các đảo vùng
Á Châu/Thái Bình
Dương khác | |

Quý vị là người:

Vô gia cư?

Có nguy cơ bị vô gia cư?

Quý vị có:

Bị tàn tật không?

Cần sự đai ngộ đặc biệt cho tình trạng sức khỏe của mình không?

Ngôn ngữ muốn được sử dụng khi điều trị:

Tiếng Anh

Tiếng Tây Ban Nha

Tiếng Việt nam

Tiếng Tagalog

Tiếng Trung hoa

Tiếng khác: _____

Nguồn thu nhập chính của quý vị là gì?

Tiền Lương

Tiền trợ cấp tổng quát

Tiền trợ cấp thất nghiệp

Tiền trợ cấp SSI

Tiền trợ cấp SSDI

Tiền trợ cấp SSA

Nguồn thu nhập khác: _____

Tổng thu nhập hàng tháng _____ Thu nhập hàng năm _____

Quý vị có những dịch vụ nhận tiền qua người đại diện không? Có Không

Quý vị có phải tằn tiện không? Có Không

Hiện quý vị đang sống ở đâu? _____

Địa chỉ thư tín hiện tại _____

Quý vị có bao giờ bị trục xuất ra khỏi Chương trình cung cấp nhà ở không? Có Không

Lời bình luận của quý vị: _____

Ai là người trợ giúp chính của quý vị? _____

Số điện thoại của người ấy là: _____

Tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp là đúng sự thật và tôi hiểu rằng nếu tôi đưa các thông tin sai lệch, thì tôi sẽ không hội đủ tiêu chuẩn cho Chương trình Cung cấp nhà ở của MHSA.

Chữ ký _____
Người xin thuê nhà

Ngày _____

Chữ ký _____
Nhân viên cung cấp dịch vụ

Ngày _____

Những thông tin được yêu cầu trong phiếu này về chủng tộc, quốc gia gốc, giới tính là để bảo đảm với Chính phủ Liên bang rằng Những Luật Liên bang nghiêm cấm sự phân biệt đối xử đối với người xin thuê nhà trên cơ sở chủng tộc, màu da, quốc gia gốc, tôn giáo, giới tính, tình trạng gia đình, tuổi tác, và tàn tật đã được tuân thủ. Quý vị không bị bắt buộc phải cung cấp các thông tin này, nhưng được khuyến khích làm như thế. Thông tin này sẽ không được sử dụng trong việc đánh giá các đơn xin của quý vị hoặc để phân biệt đối xử đối với quý vị dưới bất kỳ hình thức nào. Tuy nhiên, nếu quý vị quyết định không cung cấp các thông tin này, người chủ nhà bắt buộc phải ghi nhận chủng tộc/quốc gia gốc và giới tính của cá nhân người nộp đơn xin dựa trên cơ sở quan sát bằng mắt hoặc qua tên họ.

CHẤP THUẬN CHO PHÉP TIẾT LỘ HỒ SƠ BẢO MẬT

Tên Bệnh Nhân:	Ngày Sinh:
----------------	------------

Tôi, (Tên Bệnh Nhân) _____ và/hay
(tên cha mẹ/ người giám hộ/ người bảo trợ) _____ cho phép
(Cơ Quan Lưu Trữ) _____ Tiết lộ hồ sơ cho
(Cơ Quan Người Nhận) _____ (Địa chỉ) _____
những chi tiết sau đây với sự hiểu biết rằng bệnh nhân đang nhận được những dịch vụ
sức khỏe tâm thần.

Sự tiết lộ hồ sơ được giới hạn trong tiết mục đặc biệt sau (chi tiết và số lượng hồ sơ tiết lộ
được giới hạn đủ để đạt mục đích trị liệu)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Định bệnh | <input type="checkbox"/> Tình trạng pháp lý |
| <input type="checkbox"/> Tóm tắt lịch sử tâm bệnh lý | <input type="checkbox"/> Kiểm tra về học vấn và báo cáo về
thái độ (gồm cả nhận xét của trường
học và trắc nghiệm giáo dục) |
| <input type="checkbox"/> Bệnh thể xác gồm cả thí nghiệm y
khoa | |
| <input type="checkbox"/> Kết quả trắc nghiệm về tâm lý và
nghề nghiệp | |
| <input type="checkbox"/> Chi tiết khác _____ | |

Những hồ sơ được tiết lộ trên về tâm bệnh để đánh giá hay trị liệu hay với mục đích
sau (Nói rõ, mục đích đặc biệt của sự tiết lộ): _____

Tôi hiểu rằng: 1) Hồ sơ tâm bệnh của tôi được bảo vệ bởi California Welfare and
Institution Code (WIC) và của luật Health Insurance Portability and Accountability của
Liên Bang năm 1996, và không thể tiết lộ nếu không có chữ ký của tôi ngoại trừ những
biệt lệ. Những biệt lệ được ghi trong Thông Báo Bảo Mật Hồ Sơ. 2) Tôi có thể hủy bỏ
sự chấp thuận của tôi bằng một văn bản. 3) Nếu cơ quan đã tiết lộ hồ sơ theo chấp của
tôi, cơ quan không bắt buộc cố gắng đòi lại hồ sơ này.

Nếu không có sự hủy bỏ, sự chấp thuận này sẽ hết hiệu lực vào ngày (hãy ghi rõ ngày,
điều kiện sự chấp thuận bị hủy bỏ). _____

Chữ Ký của Bệnh Nhân _____ Ngày _____
Chữ Ký của Cha Mẹ/Người Giám Hộ/Người Bảo Trợ _____ Ngày _____

Tôi chứng nhận đã xét lại với người bệnh nhân (hay người đại diện) bản chấp thuận/
cho phép tiết lộ hồ sơ bảo mật này:

- Tôi nhận thấy rằng bệnh nhân có khả năng chấp thuận hay người đại diện hợp pháp
chấp thuận thay bệnh nhân. Tôi cho phép tiết lộ những hồ sơ được đòi hỏi.
- Tôi nhận thấy bệnh nhân không có khả năng chấp thuận hay người đại diện không
đủ hợp pháp để chấp thuận thay bệnh nhân. Tôi không cho phép tiết lộ những hồ sơ
đòi hỏi.

Nhân Viên có Thẩm Quyền Ký Tên _____ Ngày _____