

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española



Gunnison County Detention Center Paquete de autorización para el trabajo o la escuela

Este paquete debe ser llenado (por la persona nombrada) y entregado en el Centro de Detención del Condado de Gunnison, 510 West Bidwell Avenue, Gunnison, Co. 81230, de 7 a 10 días antes de que comience su sentencia. Si tiene una cuenta vencida con la cárcel, debe pagarla antes de que la cárcel le otorgue la libertad para trabajar. Los tribunales pueden autorizar Work Release, pero depende de la cárcel otorgar Work Release.

La misión del programa de Liberación de Trabajo de la Oficina del Sheriff del Condado de Gunnison es brindar a los reclusos sentenciados y no violentos la oportunidad de continuar con su sustento, educación o terapia mientras cumplen su condena. Las personas que participan en el programa de liberación laboral pueden mantener su empleo y pagar una indemnización por sus delitos y seguir manteniendo a sus familias.

Tómese el tiempo para leer cuidadosamente, completar y firmar todos los formularios. Este paquete contiene información útil sobre las reglas y regulaciones que debe cumplir mientras está en el trabajo o en la escuela. Si tiene alguna pregunta con respecto a la información de este paquete, comuníquese con:

Diputado Reilly (Coordinador de liberación laboral)

Lunes a viernes, de 8:00 a. M. A 4:00 p. M.

Número de teléfono: 970-641-1108

(Si no puede comunicarse con el diputado Reilly, solicite un Sargento de guardia)

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

CENTRO DE DETENCIÓN DEL CONDADO DE GUNNISON POLÍTICAS DE LIBERACIÓN DE TRABAJO / ESCUELA

Recuerde que la autorización para trabajar es un privilegio, no un derecho. Las personas a las que se les ha concedido permiso para trabajar o salir de la escuela, también deben cumplir con los siguientes criterios del centro de detención para ser elegibles para participar en el programa de permiso para trabajar o de la escuela.

La corte puede autorizar la Liberación laboral, pero usted debe calificar para el programa del alguacil.

- Debe traer con usted cuando llegue a su sentencia el costo inicial de la primera semana de su liberación laboral.
- No traiga ropa extra, bolsos o carteras grandes, artículos de higiene personal (se los proporcionará el centro de detención) ni ningún contrabando.
- La sentencia debe ser de 10 días o más, para calificar por buen tiempo y / o tiempo reglamentario, una sentencia debe ser de más de 15 días.
- Su comportamiento en el centro de detención y con el personal de detención debe ser aceptable.
- Sin órdenes judiciales activas / sin cuotas de cárcel anteriores (todas las cuotas deben pagarse en su totalidad).
- Debe pasar un análisis de orina y una prueba de aliento al momento de la ingesta. Un UA o PBT fallido se informará a los tribunales y se lo eliminará del programa.
- Si está tomando algún medicamento (sin opioides), Su medicamento debe solicitarse a través de PDC Pharmacy Fax: 303-530-1151 Fax gratuito: 877-530-1151 Su receta debe ser enviada a 510 W. Bidwell Ave Gunnison Co 81230. Su médico debe enviar su receta electrónicamente a PDC de Roca Colorado. L-V 8 am-6:30 pm EST No se permitirán medicamentos externos en la cárcel. Complete el formulario al final y tenga su DR. Envíalo. No se permitirán medicamentos externos en la cárcel. Si no hace esto, no recibirá ningún medicamento durante su estadía. Esto toma alrededor de 1 semana. Haga que los tribunales modifiquen su guante si es necesario.
- Los lugares de trabajo/escuela deben estar en el condado de Gunnison
- Las ubicaciones de trabajo / escuela deben estar en el condado de Gunnison
- Los lugares de trabajo / escuela deben ser lugares donde se le pueda localizar por vehículo y teléfono. Debe llamar desde un teléfono fijo cuando llegue al trabajo. Entendemos que el servicio celular no siempre está disponible, así que sea responsable y haga todo lo posible para informarnos si estará fuera de servicio.
- Tipos de trabajos no permitidos: trabajar en un bar, proveedores de ventas puerta a puerta, entretenimiento para adultos o guardería/cuidado de niños. trabajar en una licorería, trabajar en cualquier negocio relacionado con la marihuana, trabajar desde casa, cuidar niños.
- Tipo de sentencias que no son elegibles para la liberación laboral. Sin cargos de violencia doméstica, sin ofensores violentos, de conformidad con la Sección 18-1.3-406 (2) (a) (I) del Estatuto Revisado de Colorado "Crimen de violencia" significa cualquiera de los crímenes especificados en el subpárrafo (II) de este párrafo (a) cometido, conspirado para ser cometido o intentado ser cometido por una persona durante el cual, o en la huida inmediata del mismo, la persona: (A) Usó, o poseyó y amenazó con el uso de un arma mortal; o (B) Causó lesiones corporales graves o la muerte a cualquier otra persona, excepto a otro participante. Un delito contra un adulto en riesgo o un menor en riesgo, asesinato, asalto en primer o segundo grado, secuestro, delincuentes sexuales, robo con agravantes, incendio premeditado en primer grado, robo en primer grado, evasión, extorsión criminal, despido ilegal en primer o segundo grado de un embarazo
- No hay cargos de depredador, cuarto o más Conducir bajo los cargos de influencia. no hay sentencias fuera del condado.

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility

Alternative Sentencing Programs

510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230

(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

- Las personas que cumplan con los criterios anteriores deben proporcionar la siguiente información ANTES de registrarse en el centro de detención para recibir su sentencia. Paquete de liberación de trabajo / escuela completado debería ser devuelto a la cárcel 510 W. Bidwell Ave Gunnison Colorado 81230. (7-10 días antes de su sentencia)
- Comprobante de empleo o inscripción (autónomo, número de identificación comercial, número Ein, registro estatal o información fiscal. La empresa debe ser verificable). **Estos requisitos son obligatorios**, si no se cumplen, no se le permitirá salir al trabajo o la escuela. La liberación para trabajar también puede ser denegada si está trabajando fuera del condado, falta de supervisión del empleador, incapacidad del personal para verificar la asistencia al trabajo o un historial de incumplimiento, o una sentencia de menos de 10 días.

Nombre, _____ **apellido,** _____ **fecha de Nacimiento** _____

VERIFICAR PROCEDIMIENTOS / REGLAS\

- _____ ▪ Debe ser ciudadano o extranjero residente legal con la decimación correspondiente.
- _____ ▪ Todos los costos no son reembolsables si se le da de baja del programa por cualquier motivo.
- _____ ▪ Usted esta obligado a tomar y pasar un análisis de orina y una prueba de aliento en el momento de la reserva. El costo del análisis de orina es de \$ 20, el costo de la prueba de aliento es de \$ 5, \$ 30 de tarifa de reserva, \$ 30 por día para alojamiento. Estas tarifas deben pagarse en el momento de la reserva. (costo inicial y \$ 210 todos los viernes)
- _____ ▪ Cualquier lectura anormal (temperatura, presencia de lejía, pH, etc.) o una reacción positiva a sustancias ilícitas se considerará una prueba fallida.
- _____ ▪ Los usuarios de marihuana medicinal deben cambiar sus fechas de entrada en 40 a 50 días. Debe dejar de usar y poder pasar su UA entrante o no será aceptado en el programa Work Release.
- _____ ▪ Solo se le permitirá salir del edificio 10 horas al día. Esto incluye su tiempo de viaje hacia y desde. Si llega tarde debido a las condiciones del tráfico, eso no es excusa.
- _____ ▪ No se le permite ir a casa por ningún motivo.
- _____ ▪ Se le proporcionará una bolsa de almuerzo. Debe solicitarlo. No puedes ir a un restaurante a almorzar. Puede pedir que le lleven el almuerzo al lugar de trabajo.

Ponga sus iniciales en todas las líneas de arriba

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

Un análisis de orina o una prueba de aliento fallidos Resultará en la revocación inmediata de los privilegios de salida del trabajo / escuela.

La corte también será notificada de su revocación.

Centro de detención del condado de Gunnison

Reglas y regulaciones de salida de trabajo / salida escolar:

Debe leer todo, por favor firme y ponga sus iniciales

No lo despertaremos para trabajar, ¡despertar es su responsabilidad!

- _____ • No se le permite hacer autostop.
- _____ • No está permitido el uso de alcohol, marihuana (Médica o recreativa) o cualquier sustancia ilícita.
- _____ • Espere verificaciones periódicas y aleatorias por teléfono o una verificación física de su ubicación. Estar donde se supone que debes estar. El personal de detención hará un seguimiento de su ubicación informada. Si no se encuentra en la ubicación informada, se retirará su salida de trabajo. (Sin excepciones !!!)
- _____ • También se revisan controles periódicos para verificar que está utilizando el vehículo que ha registrado en su paquete de autorización para trabajar.
- _____ • Usted se someterá a una prueba de aliento o un análisis de orina a pedido de cualquier oficial de la ley.
- _____ • Se le pedirá que tome y pague un análisis de orina al azar y/o una prueba de aliento a discreción del personal del centro de detención.
- _____ • Se espera que usted pague por su privilegio de liberación laboral.
- _____ • Está obligado a pagar sus cuotas de vivienda todos los viernes. (\$ 210) para la semana siguiente
- _____ • Cualquier cambio de horario, excursiones relacionadas con la escuela o cambios de ubicación del salón de clases deben presentarse al personal del centro de detención con anticipación para su aprobación.
- _____ • Debe informar cualquier contacto con las fuerzas del orden público que ocurra mientras esté fuera del centro de detención.
- _____ • *****Las horas libres para el trabajo o la escuela no deben exceder 60 horas por semana, 10 horas por día y 6 días por semana. No obtendrá la cena si regresa después de las 5:30 p. m., así que aliméntese. No estar más de 10 horas fuera. Asegúrese de que sus tiempos de viaje funcionen para esto. Debe estar en la cárcel al menos 1 día de los 7 días de su sentencia.**
- _____ • Se le permite un juego de ropa limpia a la vez. Puede pedirle a alguien que recoja y le entregue la ropa de trabajo. El centro de detención no lavará su ropa personal.
- _____ • Cualquier artículo necesario para el trabajo, como cortadores de cajas, debe ser revelado al personal de detención al regresar a la instalación. La introducción de cualquier artículo (no divulgado al personal) que se considere contrabando puede resultar en cargos por delitos graves. CRS 18-8-204/18-8-203

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

_____ ▪Debe proporcionar un candado de casillero para su casillero, una llave extra o una copia de la combinación del candado para entregar al personal de Detención.

_____ ▪No puede almacenar ningún producto de tabaco, herramientas, armas o cualquier contrabando (los teléfonos celulares pueden guardarse en su casillero)

Escriba sus iniciales en todas las líneas anteriores.

Firme a continuación que ha leído y entendido las normas y reglamentos anteriores

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Centro de detención del condado de Gunnison

Salida de trabajo / salida escolar

Liberación de reclamaciones

El abajo firmante libera y libera para siempre a la oficina del alguacil del condado de Gunnison y a sus empleados de todas y cada una de las reclamaciones, acciones, causas de acciones, daños, pérdidas, gastos y indemnización de cualquier tipo que el suscrito tenga ahora o que en el futuro pueda acumularse a causa del uso, conducción, estacionamiento, mantenimiento y almacenamiento de un vehículo de motor, incluido su contenido, que sera operado por mí o por

cualquier otra persona en relación con mi participación en el Programa de Liberación de Trabajo del Sheriff del Condado de Gunnison

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del asistente de detención: _____ **Fecha:** _____

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

Centro de detención del condado de Gunnison

Reglas del vestuario para la salida del trabajo / salida de la escuela:

Todos los solicitantes aceptados en el programa Work Release deben entender que este programa es un privilegio y no un derecho. Puede ser eliminado de este programa en cualquier momento por violar cualquiera de las reglas de este programa.

1. No se pueden traer artículos electrónicos que no sean su teléfono celular.
2. No se pueden introducir alimentos ni bebidas.
3. No se pueden ingresar productos de tabaco de ningún tipo, ni bolígrafos de vapor, fósforos o encendedores.
4. No se permiten "herramientas del oficio", incluidos cuchillos, cortadores de cajas, destornilladores, tijeras, etc.
5. No se permiten carteras o bolsos grandes.
6. No se pueden ingresar a las instalaciones limas de uñas, cortaúñas, lociones, maquillaje, esmalte de uñas, productos para el cabello o cualquier producto de higiene.
7. Cualquier introducción de contrabando en las instalaciones/vestuarios resultará en cargos por delitos graves de conformidad con CRS 18-8-204/18-8-203

Al firmar este documento, acepta que comprende completamente cada regla. También comprende que cualquier infracción que cometa puede resultar en una advertencia verbal, sanción, posible expulsión del programa o cargos penales.

Negarse a firmar este documento será motivo para descalificarlo para ingresar al programa.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del coordinador de liberación de trabajo: _____ **Fecha:** _____

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

Centro de detención del condado de Gunnison

Salida de trabajo / salida escolar

Tratamiento, citas médicas o de la corte

Tipo de cita: _____

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Lugar de la cita: _____

Persona de contacto: _____

Numero de teléfono _____

¿Es esta una cita semanal programada? **SÍ** **NO**

Toda la información es confidencial y se utilizará únicamente para el uso del Centro de Detención del Condado de Gunnison.

Certifico que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

Solicitud de permiso de trabajo / escuela

Nombre _____ F. De Nac. _____

Fecha de sentencia: _____ #Días Sentencia: _____ Fecha: _____

Fecha de entrada: _____

CARGO: _____ AGENCIA ARRESTADOR: _____ CONDADO: _____

DIRECCIÓN FÍSICA: (Casa) _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CP: _____

NÚMERO DE TELÉFONO TERRESTRE: (_____) _____

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: (_____) _____

*******You must answer your phone if called*******

REVISIÓN PARA: COMUNICADO DE TRABAJO []

LOS FONDOS INICIALES REQUERIDOS PARA LA LIBERACIÓN DEL TRABAJO son \$ 30 + \$ 30 + \$ 20 + \$ 5 + \$ 30 por noche hasta el primer viernes. USTED DEBE HABER REQUERIDO FONDOS AL MOMENTO DE LA RESERVA. Debe pagar \$ 210 todos los viernes por su vivienda durante la semana siguiente, independientemente de su fecha de inicio.

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO: (_____) _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CP: _____

OCUPACIÓN: _____ SUPERVISOR _____

TASA DE PAGO \$ _____ POR HORA SALARIO ANUAL \$ _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTO SOBRE EL EMPLEO POR

CUENTA PROPIA _____

Supervisores(as) Directos(as):

<u>Nombre,</u>	<u>apellido,</u>	<u>fecha de Nacimiento</u>
----------------	------------------	----------------------------

1 _____	#telefono:
---------	------------

2 _____	#telefono:
---------	------------

3 _____	#telefono :
---------	-------------

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

ESCUELA

ESCUELA: _____ TELÉFONO DE CONTACTO: (_____) _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CP: _____

TRANSPORTE UTILIZADO: Vehículo personal [] Autobús [] Bicicleta [] Motocicleta [] Caminar [] Otro []

Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ Color: _____

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR _____

COMPAÑÍA DE SEGURO DE AUTOMÓVIL _____

PLACA #: _____ NOMBRE DEL CONDUCTOR: _____ RELACIÓN: _____

CONDICIONES MÉDICAS: Sí [] No []

MEDICAMENTOS CON RECETA: _____

¿Su médico los ha ordenado a Pdc? Sí [] No []

COMENTARIOS: _____

***** ASP Detention Deputy Fill Out Below*****

EMPLOYMENT / SCHOOL VERIFIED BY: _____ STAR # _____

PERSON CONTACTED: _____ TITLE: _____

DATE: _____ TIME: _____

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

Mes de trabajo:

Si llega en la fecha de su sentencia, aun se le puede permitir trabajar ese día. Si llegas por la mañana, usted podría llegar tarde si tenemos mucho que hacer para liberarlo a tiempo.

Debe ser completada por su empleador(a)

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Sunday				
Monday				
Tuesday				
Wednesday				
Thursday				
Friday				
Saturday				

Approved Changes

--	--	--	--	--

Las horas programadas son cuando sale de la instalación y regresa a la instalación, no el total de horas de trabajo.

Nombre de la empresa / empleador: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Nombre de contacto: _____

#Telefono de contacto: _____

Dirección del lugar de trabajo (si es diferente de la dirección comercial): _____

Información Adicional: _____

¿Es correcto este horario? **SÍ** **NO**

Debe estar con su empleador o supervisor En Todo Momento si no trabaja por cuenta propia

Revisado en octubre de 2023

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

Lista de transporte

Enumere todos los medios de transporte utilizados para viajar hacia y desde el trabajo y los conductores:

Vehículo 1: Marca / Modelo / Color: _____ Número de placa: _____

Vehículo 2: Marca / Modelo / Color: _____ Número de placa: _____

Enumere la (s) persona (s) que recogen / dejan:

Nombre: _____ N. ° de contacto: _____ N. ° de DL: _____

Nombre: _____ N. ° de contacto: _____ N. ° de DL: _____

Firme a continuación que ha completado la información anterior.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

La firma de este acuerdo libera a la Junta de Comisionados del Condado de Gunnison, la Oficina del Sheriff del Condado de Gunnison, el Centro de Detención del Condado de Gunnison, sus agentes y empleados de cada uno de cualquier responsabilidad en la que incurran mientras se encuentran en el trabajo o la escuela, junto con cualquier propiedad almacenada fuera del Centro de detención mientras está encarcelado.

EL NO CUMPLIR CON CUALQUIERA DE LAS REGLAS Y REGLAMENTOS DE LIBERACIÓN DEL TRABAJO / ESCUELA CAUSARÁ LA REMOCIÓN INMEDIATA DEL PROGRAMA DE LIBERACIÓN DEL TRABAJO / ESCUELA DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS REVISADOS DE COLORADO 17-26-128. EL EMPLEADOR O MAESTRO ANTERIORMENTE ACUERDO EN INFORMAR INMEDIATAMENTE A LA INDIVIDUAL ANTERIORMENTE NOMBRADA EN CASO DE QUE NO SE INFORME AL TRABAJO / ESCUELA CONTACTANDO CON EL CENTRO DE DETENCIÓN AL (970) 641-1108. **El no completar y firmar este formulario resultará en la denegación del programa de liberación.**

Firma del empleador / supervisor: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del asistente de detención _____ Fecha: _____

RECONOZCO LA RECIBO DE ESTAS NORMAS Y REGLAMENTOS

Al firmar, usted, el solicitante, reconoce que comprende las reglas y regulaciones del Programa de Salida de Trabajo / Escuela. Recuerde, no puede usar la excusa de que no conocía o no comprendía las reglas asociadas con este programa.

Firma: _____ Fecha: _____

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility
Alternative Sentencing Programs
510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230
(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

FARMACIA PDC COLORADO INFORMACIÓN NECESARIA PARA UNA NUEVA PERSONA Información específica individual

Agencia: _____
Nombre completo del residente: _____
Dirección del individuo: _____
Número de teléfono: _____ Sexo: Masculino ____ Femenino ____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
Información del médico de atención primaria:
Nombre y apellido: _____
DIRECCIÓN: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Diagnóstico: _____

Información sobre alergias: _____

Información sobre la dieta: _____

La agencia es el representante del beneficiario (garante): Sí ____ No ____ En caso negativo, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona responsable:

Nombre y apellido: _____
DIRECCIÓN: _____

Teléfono: _____

¿Asiste el residente a un programa diurno? Sí No ____ En caso afirmativo, seleccione los días de la semana que asistió e ingrese los horarios de asistencia: ☐ Lunes (__ - __) ☐ Martes (__ - __) ☐ Miércoles (__ - __) ☐ Jueves (__ - __) ☐ Viernes (__ - __) • Tenga en cuenta cualquier creencia religiosa o trasfondo cultural que afecte el estilo de vida del paciente y/o su visión de la atención médica y que PDC Pharmacy deberá considerar al brindar atención.

Adjunte copias de todas las tarjetas de seguro (incluya la tarjeta de Medicare si corresponde) • Incluya una copia del MAR actual del individuo. • Según la Regla 23.00.60 de la Junta de Farmacia del Estado de Colorado, PDC Pharmacy debe notificar que informamos información obligatoria sobre recetas al Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP) para pacientes que reciben sustancias controladas. Esta información de prescripción puede ser consultada por personas específicas para un número limitado de propósitos autorizados por ley. Rev. 7.11.18
PDC PHARMACY COLORADO INC.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y PLAN DE SERVICIO

Nombre del paciente: _____ ID _____

Autorización de pago de seguro: Solicito que Medicare y/o cualquier otro plan de seguro que tenga realice pagos de beneficios autorizados en mi nombre directamente a PDC Pharmacy por los productos farmacéuticos que me fueron proporcionados y por los cuales facturan a Medicare y/o cualquier otro plan de seguro. en mi nombre.

Divulgación de información del seguro: Solicito que mi(s) plan(es) de seguro médico divulguen a la farmacia mencionada anteriormente toda la información que ayudará a procesar mis reclamos por productos farmacéuticos que estoy recibiendo de la farmacia mencionada anteriormente, incluso después de que me hayan prestado el servicio. interrumpido. También autorizo a cualquier poseedor de información médica o hospitalaria sobre mí a revelar a la administración financiera de

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility

Alternative Sentencing Programs

510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230

(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

atención médica, a sus agentes, a mi compañía de seguros o a la farmacia mencionada anteriormente cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Entiendo que si mi plan de seguro me realiza pagos por los productos farmacéuticos que he recibido, en lugar de hacerlo directamente a la farmacia mencionada anteriormente, acepto endosar esos cheques y enviarlos inmediatamente a la farmacia mencionada anteriormente.

También entiendo que soy responsable del pago de cualquier deducible, coseguro u otra parte de mis cargos que no pague mi(s) plan(es) de seguro. También entiendo que puedo ser elegible para una exención parcial o completa de cualquier cargo de coseguro impago únicamente, según el programa de dificultades financieras de PDC Pharmacy.

(Iniciales) Reconozco que me han informado sobre mis obligaciones financieras con PDC Pharmacy, incluidos copagos, deducibles y cualquier rechazo anticipado de productos proporcionados por PDC Pharmacy.

Por la presente acepto que PDC Pharmacy o cualquiera de sus afiliados puedan comunicarse conmigo o con mi cuidador autorizado por teléfono en mi lugar de residencia.

He revisado y entiendo la información anterior. He recibido instrucciones y comprendo el uso de los productos proporcionados. He recibido los productos solicitados. He recibido una copia de un folleto para pacientes que contiene derechos y responsabilidades del paciente, estándares de privacidad, planificación de emergencias, toma de decisiones sobre su atención médica, información sobre quejas/quejas e información sobre medicamentos. He recibido monografía/instrucciones sobre los medicamentos recibidos. He recibido material de marketing de farmacia e información sobre el alcance de los servicios de la farmacia. He recibido instrucciones sobre cómo realizar el seguimiento con PDC Pharmacy

Entiendo que los productos farmacéuticos recetados no se pueden volver a dispensar. Por lo tanto, estos artículos no se pueden devolver para obtener crédito.

Entiendo que puedo presentar una queja sin preocuparme por represalias, discriminación o interrupción irrazonable del servicio.

Necesidades/problemas identificados: Es posible que el paciente no esté familiarizado con el uso de los productos farmacéuticos proporcionados. Resultados esperados: Se proporcionarán al paciente los productos farmacéuticos para cumplir con la prescripción del médico. El paciente utilizará los productos farmacéuticos según lo prescrito por el médico. El paciente sabrá cómo obtener servicios de seguimiento según sea necesario.

FIRMA DEL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE:

X_____FECHA:____/____/____

PACIENTE O PARTE RESPONSABLE

NOMBRE EN IMPRENTA:

SI EL BENEFICIARIO NO PUEDE FIRMAR:

FIRMA DEL TESTIGO / RELACIÓN:

RAZÓN QUE EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR:

Devuelva el formulario de autorización del paciente y plan de servicio a PDC Pharmacy.

Fax: 303-530-1151 Fax gratuito: 877-530-1151

Gracias por elegir Farmacia PDC.

Española

Sheriff's Office

Gunnison County Detention Facility

Alternative Sentencing Programs

510 Bidwell Ave, Gunnison, CO 81230

(p): 970-641-1108 (f): 970-641-8532

Española

Comentarios, preguntas, inquietudes: