

## **Rechazo al Uso de la *Herramienta de Detección de Necesidades en el Aprendizaje* y Forma de Consentimiento**

A fin de ayudarle a cumplir con los requisitos del programa, es importante recopilar información sobre las necesidades médicas, emocionales o de aprendizaje. Las preguntas en la *Herramienta de Detección de Necesidades en el Aprendizaje* fueron diseñadas para ayudar a recopilar esta información.

Sus respuestas a la *Herramienta de Detección de Necesidades en el Aprendizaje* se utilizarán para ayudar a determinar si se podría beneficiar de una evaluación más detallada por un profesional, tal como un proveedor médico, psicólogo o un proveedor de rehabilitación profesional. Si se le recomienda participar en una evaluación profesional, los resultados de la evaluación permitirán a su *Trabajador del Caso* tomar las decisiones adecuadas acerca de las actividades que se le asignan, los servicios especiales que requiera y también permite hacer los arreglos necesarios de acuerdo a sus necesidades.

### **Es importante que usted sepa lo siguiente:**

1. Si se siente incomodo al responder a alguna de las preguntas, puede dejárselo saber al representante de la agencia, y se pasará a la siguiente pregunta.
2. Las respuestas que usted proporcione son confidenciales. Si le referimos a una evaluación profesional, se le podría pedir que autorice el que se proporcione esta información al profesionista que hará la evaluación.
3. Usted tiene derecho a rechazar el uso de la *Herramienta de Detección de Necesidades del Aprendizaje*. Esto no ocasionará que se le encuentre inelegible para el *Programa Work First (Trabajar Primero) de Asistencia Familiar*.
4. Puede ser que en el futuro se le pida que complete nuevamente la *Herramienta de Detección* en una fecha posterior si usted o su *Trabajador del Caso* creen que han cambiado sus necesidades médicas, emocionales o del aprendizaje.

Todos los solicitantes o participantes deben escribir sus iniciales y firmar abajo, indicando si aceptan o declinan el uso de la *Herramienta de Detección*.

\_\_\_\_ Acepto el uso de la *Herramienta de Detección de Necesidades del Aprendizaje*.

\_\_\_\_ Rechazo el uso de la *Herramienta de Detección de Necesidades del Aprendizaje*.

**Firma del participante en el Programa Work First** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firma del Trabajador del Programa Work First** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*La División de Servicios Sociales de Carolina del Norte no discrimina en base de raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo o edad, o en el ingreso, trato o participación en sus programas, servicios y actividades, o en el empleo.*