Cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acuerdo de Asociación de Servicio Completo**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha De Inicio: |  |
| Fecha De Finalización: |  |

He discutido el Programa de Asociación de Servicios Completos (FSP) de la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA) con mi Coordinador de Servicios Personales (PSC) y estoy de acuerdo en participar en el programa. Entiendo que este es un programa voluntario basado en una asociación entre yo y el personal del FSP. Acepto trabajar en lograr la recuperación a través de mis objetivos de recuperación con mi Coordinador de Servicios Personales. También entiendo que puedo optar por retirarme del programa FSP en cualquier momento.

Personal: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en Imprenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_