

## Certificación de Ingreso

Nombre del cliente (persona a ingresar)

\_\_\_\_\_

# De Seguro Social

Fecha de Nacimiento

1. Certifico que mi nombre es \_\_\_\_\_ . Relación \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona encargada)

2. Mi dirección y 2 teléfonos son \_\_\_\_\_

3. Certifico que me comprometo a suplir todas las necesidades y efectos personales de mi familiar aquí matriculado por todo el tiempo que se encuentre recibiendo tratamiento.

4. Certifico que se me ha explicado y entiendo perfectamente la programación a la cual mi familiar está siendo sometido, la cual está basada en un fundamento cristiano.

5. Certifico que el cliente \_\_\_\_\_ no es positivo al virus del SIDA  
(nombre del ingreso)  
ni a la Hepatitis, Tuberculosis o Sífilis.

6. Al momento estoy depositando la cantidad de \_\_\_\_\_ como donación de ingreso y \_\_\_\_\_ adicionales correspondientes a su primer mes de programación. La aportación mensual vence cada mes en el número del día del ingreso. De no estar en o antes de esta fecha entiendo que habrá un cargo de \$5.00 por cada día de atraso. Se me ha explicado y entiendo perfectamente que, tanto este dinero como toda aportación mensual, **NO SERA REEMBOLSABLE** en caso de abandono, expulsión o cualquier otra situación en donde el residente no concluya o empiece su programación. En caso que el cliente no ingrese inmediatamente una vez matriculado, el dinero reservara su espacio en la institución durante 30 días, a partir de la fecha de matricula.

7. Entiendo que el pago mensual **no incluye** servicios de medicina general tales como exámenes físicos, diagnósticos, recomendaciones y prescripciones. No incluye medicamentos, hospitalización y/o prueba de drogas.

8. Entiendo que en caso de abandono y/o expulsión del programa, House of Freedom **no es responsable** por ropa y/o artículos personales dejados dentro o fuera de la institución.

9. Certifico que he leído todos los reglamentos del programa y estoy de acuerdo con ellos.

**Y PARA QUE ASI CONSTE, firmo la presente hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_  
**DECLARANTE**

## Grupo Psicoterapéutico de Adiestramiento Familiar

House of Freedom entiende que la adicción es una enfermedad que afecta a toda la familia. Es por eso que ofrecemos los servicios del grupo psicoterapéutico de adiestramiento familiar, cuya dirección física es: Urb. La cumbre 271, Sierra Morena suite 148, San Juan, Puerto Rico 00926.

1. \_\_\_\_\_: entiendo que el currículo del grupo psicoterapéutico de adiestramiento familiar consiste de un total de 32 sesiones.
  
2. \_\_\_\_\_: entiendo que el costo de registración es de \$1,000
  
3. \_\_\_\_\_: entiendo que la registración de \$1,000 solo cubre la participación de dos familiares. Todo familiar adicional tendrá que pagar un costo de \$100 por registración.
  - a. **Nombre de Participantes:** 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_
  - b. **Participantes Adicionales:** 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_
  
4. \_\_\_\_\_: entiendo que seré responsable de firmar mi nombre en la hoja de asistencia cada vez que asista al grupo psicoterapéutico de adiestramiento familiar.
  
5. \_\_\_\_\_: entiendo que al completar las 32 sesiones seré candidato para participar como ayudador del grupo psicoterapéutico de adiestramiento familiar.
  
6. \_\_\_\_\_: entiendo que en el caso que mi familiar abandone el tratamiento de House of Freedom o sea expulsado del mismo y yo decida no continuar asistiendo al grupo psicoterapéutico de adiestramiento familiar el dinero de registración no será reembolsable.

Yo, \_\_\_\_\_, luego de haber sido explicado el proceso de involucramiento familiar, me comprometo a cumplir con cada una de las pautas en este contrato.

Nombre de Persona Encargada:	Firma de Persona Encargada:
------------------------------	-----------------------------

Fecha de Autorización:	Familiar de:
------------------------	--------------

## Para el Cliente

- House of Freedom es un programa cristiano residencial de drogas y alcohol.
- El tiempo mínimo tiene por duración 1 año y 3 meses. Este tiempo puede ser extendido dependiendo del progreso del cliente.
- Si aplico para una programación completa el cliente recibirá terapias individuales y grupales, conserjerías y estudios bíblicos entre otros.
- El programa consta de 5 fases :
  - Fase 1 – Integración & Ajuste
  - Fase 2 – Curso de Mejoramiento de Carácter y Aprendizaje (MCA)
  - Fase 3 – Liderazgo & Valores
  - Fase 4 – Decisión & Cambio
  - Fase 5– es la fase ambulatoria que comienza luego del año, siempre dependiendo del progreso del cliente. Todas las fases cuentan con recreación bajo techo de baloncesto, racketball, mesa de billar, mesa de ping-pong, acceso a computadoras y gimnasio.
- Durante el primer mes de tratamiento el cliente no tiene derecho a llamadas o visitas.
- El cliente será candidato a pase una vez cumplido los primeros 3 meses del programa, siempre dependiendo de su progreso.
- No se permite fumar en nuestra institución.
- No se permiten pantallas.
- El cliente no puede tener dinero consigo bajo ninguna circunstancia.
- No se permite tener ningún tipo de propiedad de valor en la institución (teléfonos , dinero, prendas, i-pod) De tener cualquier tipo de propiedad al momento de ingreso se le devolverá inmediatamente al familiar encargado.
- Por ser esta una institución sin fines de lucro que ofrece una programación debajo de su costo todo dinero depositado en la cuenta personal **no será reembolsado** en caso de abandono y/o expulsión, ya que el mismo será utilizado para las becas de personas que no tienen recursos, pero desean cumplir con el tratamiento de 15 meses.

Nombre del Cliente:	Firma del Cliente :
---------------------	---------------------

Fecha de Autorización:	Firma de Persona Encargado:
------------------------	-----------------------------

## Diagnósticos Duales

House of freedom cuenta con un departamento clínico con herramientas para ayudar al individuo en el aspecto sico-social. Sin embargo, no contamos con profesionales capacitados para tratar condiciones siquiátricas no influenciadas por el uso de sustancias directamente. Es por eso que como familiar y persona encargada por la salud de su familiar debe entender las siguientes condiciones:

\_\_\_ **1. Al cumplirse el espacio de 30 días, entiendo que el caso de mi familiar será re-evaluado para determinar si el mismo necesita algunos servicios adicionales. Por lo cual, existe la posibilidad que su mensualidad este sujeta a cambios. De no estar de acuerdo con el re-ajuste que se le haga a la mensualidad haré los arreglos necesarios de transferir a mi familiar a otra institución o vivienda inmediatamente.**

\_\_\_ **2. En caso que el residente no responda satisfactoriamente al tratamiento dentro del primer mes de programación, mostrando que sus conductas o síntomas alteran el curso de tratamiento de la mayoría de la población de nuestro programa, el familiar tendrá que hacer los arreglos inmediatos de transferir al residente a otra institución o vivienda.**

\_\_\_ 3.No somos un hospital siquiátrico, somos un centro de adaptación sico-social para jóvenes con problemas de adicción.

\_\_\_ 4.Nuestro plan de tratamiento no incluye la estabilización y/o seguimiento ante una condición mental.

\_\_\_ 5.En el caso de un diagnostico dual, el cliente **antes de ser ingresado** tendrá que proveernos (1) una evaluación siquiátrica reciente,(2) un registro de medicamento(s) que detalle los medicamentos prescritos, y (3) **suplir, al momento de ingresar, tales medicamentos que duren por un espacio de al menos 30 días**

\_\_\_ 6.No contamos con un siquiatra dentro de nuestra institución para evaluar o monitorear alguna condición siquiátrica. Sin embargo, contamos con siquiabras consultores, los cuales brindan sus servicios a los pacientes de diagnósticos duales, que requieren seguimiento siquiátrico durante su tratamiento en House of Freedom.

\_\_\_ 7.No nos hacemos responsables de alguna alteración a la condición mental de su familiar.

\_\_\_ 8. Nuestro ambiente no facilita una comodidad terapéutica para jóvenes incapacitados mentalmente dado que la mayoría de nuestros residentes no tienen conocimiento de desordenes mentales.

\_\_\_ 9. En caso de abandono, expulsión, o transferencia a otro programa, el dinero no será reembolsable bajo ninguna circunstancia.

Nombre de Persona Encargada:	Firma de Persona Encargada:
------------------------------	-----------------------------

Fecha de Autorización	Familiar de:
-----------------------	--------------

## Participación de Talleres Ocupacionales & Actividades Especiales

House of Freedom, incluye diferentes modos de terapia en al área ocupacional/ vocacional. Estas me ayudaran a promover una estabilidad física, mental, y emocional. Por esta razón, durante mi programación en House of Freedom, tendré acceso a las siguientes áreas del programa.

1. **Agro-terapia:** envuelve la participación de áreas en diseños de “landscaping”, incluye restauración de terrenos y fertilización, sembrar y cosechar, y operación de maquinaria de cortar gramas.
2. **Lavado de Carro:** incluye el desarrollo de trabajar en equipo, trabajo con clientes, conocer y usar productos innovadores en cuanto al cuidado de automóviles.
3. **Lavandería:** taller que envuelve la limpieza y el cuidado de todos los artículos de ropa de los residentes con el uso de detergentes de limpieza.
4. **Artes Culinario:** envuelve la preparación de menús, trabajar en conjunto con la nutrición de la programación, preparar y distribuir alimentos, operar maquinaria de cocina.
5. **Proyectos de Remodelación:** ocasionalmente existirán diferentes oportunidades para trabajar en labores como pintura, carpintería, y trabajos livianos en construcción. Su participación en dichos talleres puede requerir el uso de herramientas y/o maquinarias que pueden causar lesiones severas si son utilizadas incorrectamente y/o sin precaución.
6. **Producción de Video:** Esto incluye uso de cámaras, computadoras y programas para editar y producir videos y programas televisivos.
7. **Producción de Sonido:** uso de equipo para producir sonido, grabaciones, y conciertos en vivo.
8. **Gimnasio:** participación del uso de equipo pesado y pesas con el propósito de un mejoramiento físico. El uso de este equipo será usado estrictamente bajo el riesgo del residente.
9. **Actividades Especiales:** esto puede incluir transportación fuera de nuestras facilidades hacia parques recreativos (incluye Disney World, YMCA, playas, etc.)

Yo, \_\_\_\_\_, luego de haber sido explicado el proceso dentro de estos talleres, me comprometo a guardar todas las pólizas de seguridad en cada una de estas áreas. De no cumplir con estas pólizas, entiendo que House Of Freedom, inc., no será responsable de accidentes o facturas medicas que puedan surgir en el caso que yo decida participar de alguna de estas áreas.

Nombre del Cliente:	Firma del Cliente :
---------------------	---------------------

Fecha de Autorización:	Firma de Persona Encargado:
------------------------	-----------------------------

## Requisitos de Admisión

1. \_\_\_\_ 2 retratos 2 x 2
2. \_\_\_\_ Tarjeta de seguro social
3. \_\_\_\_ Identificación con retrato (ej. Licencia o tarjeta electoral)
4. \_\_\_\_ (5) Set de sabanas twin (blancas)
5. \_\_\_\_ Biblia (Versión Reina – Valera)
6. \_\_\_\_ Bata de baño
7. \_\_\_\_ Pasaje de regreso con fecha abierta o deposito de \$200.00
8. \_\_\_\_ Artículos personales (papel de baño, jabón, navajas, desodorante, shampoo, toalla, hamper, almohada, ganchos, corcha, etc.)
9. \_\_\_\_ Ropa de Vestir (Camisas manga larga, pantalones de vestir, zapatos de vestir, & corbatas)
10. \_\_\_\_ \$300.00 para admisiones después de las 4 p.m. durante días laborables
11. \_\_\_\_ \$475.00 para admisiones en los fines de semana
12. \_\_\_\_ Medicación para condiciones preexistentes que cubran al menos 30 días (si aplica)
13. Aportación Inicial (Consiste de: Matricula & Primer Mes de Tratamiento):
  - **Aportación de matricula:** incluye examen físico, exámenes de sangre, examen de tuberculosis, examen de enfermedades venéreas.
  - **Aportación de primer mes:** incluye desintoxicación natural a través de la sauna aroma terapia, sicoterapias grupales e individuales, trato individual, servicios residenciales.

La aportación inicial puede ser hecha a través de las siguientes maneras:

- Banco Popular de PR (# de Cuenta 300035575)
- Tarjeta de crédito

La aportación mensual puede ser hecha a través de las siguientes maneras:

- Banco Popular de PR (# de Cuenta 300035575)
- Tarjeta de crédito
- Giro Postal a nombre de House of Freedom
  - Dirección a enviar: P.O. Box 42-3202, Kissimmee, FL.34742.

La misma deberá estar en nuestras oficinas en o antes de la fecha de vencimiento. **NO ACEPTAMOS CHEQUES PERSONALES.**

## Mensualidad

Yo, \_\_\_\_\_, familiar del cliente \_\_\_\_\_, autorizo a HOUSE OF FREEDOM a cobrar mensualmente la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ por concepto de aportación mensual del cliente antes mencionado.

Datos de mi tarjeta de crédito:

\_\_\_\_\_ Visa                      \_\_\_\_\_ Master Card                      \_\_\_\_\_ American Express

# de tarjeta \_\_\_\_\_

fecha de expiración \_\_\_\_/\_\_\_\_                      código postal \_\_\_\_\_

Se me ha explicado y entiendo que todo dinero depositado a House of Freedom **NO ES REEMBOLSABLE** en caso de abandono, expulsión o cualquier otra situación en donde el cliente no concluya o comience su programación. (Un cargo de transacción aplica a toda transacción).

**Nota Importante:** Favor de enviar copia de licencia de conducir o identificación con retrato.

Nombre de Persona Encargada:	Firma de Persona Encargada:
------------------------------	-----------------------------

Fecha de Autorización	Familiar de:
-----------------------	--------------

## Pago Inicial

Yo, \_\_\_\_\_, familiar del cliente \_\_\_\_\_,  
autorizo a HOUSE OF FREEDOM a cobrar la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ por concepto de  
matrícula y primera aportación mensual del cliente antes mencionado.

Datos de mi tarjeta de crédito:

\_\_\_\_\_ Visa                      \_\_\_\_\_ Master Card                      \_\_\_\_\_ American Express

# de tarjeta \_\_\_\_\_

fecha de expiración \_\_\_\_/\_\_\_\_                      código postal \_\_\_\_\_

Se me ha explicado y entiendo que todo dinero depositado a House of Freedom **NO ES REEMBOLSABLE** en caso de abandono, expulsión o cualquier otra situación en donde el cliente no concluya o comience su programación. (Un cargo de transacción aplica a toda transacción).

**Nota Importante:** Favor de enviar copia de licencia de conducir o identificación con retrato.

Nombre de Persona Encargada:	Firma de Persona Encargada:
------------------------------	-----------------------------

Fecha de Autorización	Familiar de:
-----------------------	--------------



## Client Waiver of Liability

Client's Name:

Social Security:

Date:

The undersigned or identified participant, being at least 18 years of age or obtaining consent from parent/guardian (if minor), has read and signed this release. The participant has voluntarily asked that House of Freedom, Inc. allow him/her to participate of the recreational areas (such as: horseback riding, swimming, basketball, volleyball, baseball, boat riding, racquetball, gymnasium, etc.). I understand that these areas may be hazardous and involve risks. Such risks may involve serious injuries and even death.

I agree to not hold liable House of Freedom, Olga Morales, owner, its trustees, or any of its members for any injury or death that may arise during my participation of any activity.

With my signature I am agreeing to assume any and all the risks of injury or death that may arise by my participation of this activity.

I declare that the information stated above has been read to me in a language that I understand.  
*Declaro que toda la información que se encuentra en este documento a sido leído en un lenguaje que entiendo.*

\_\_\_\_\_  
Client's Signature

\_\_\_\_\_  
Date Signed

\_\_\_\_\_  
Parent/guardian's Signature (if applicable)

\_\_\_\_\_  
Date Signed

\_\_\_\_\_  
Witness' Signature

\_\_\_\_\_  
Date Witnessed

## A Familiares de Residentes – Parte 1

1.\_\_\_\_\_ House of Freedom es un programa psicoterapéutico con fundamento cristiano para la rehabilitación de drogas y alcohol. Por eso ofrecemos estudios bíblicos, conferencias, consejerías, etc., para el desarrollo de su alma, cuerpo y espíritu.

2.\_\_\_\_\_ La programación de HOF es estrictamente interna y no permitimos (a menos que no sean casos de emergencia) entradas o salidas constantes a la propiedad. Si su familiar padece de una condición médica preexistente y/o problemas legales, los cuales requieran que el mismo tenga que visitar al médico y/o oficial de probatoria con frecuencia, deberá notificarlo anteriormente a su admisión al tratamiento; ya que habrá un cargo adicional para todo residente que necesite los servicios de un escolta para dichas citas.

3.\_\_\_\_\_ No obstante, contamos con servicios médicos privados. Todo residente que desee tener acceso a los mismos podrá hacerlo luego de haber completado seis meses de tratamiento (Sus familiares serán responsables de costear los gastos de dichas citas médicas). HOF recomienda que todo residente haga los arreglos pertinentes para visitar al dentista y/o especialista anteriormente a su admisión, ya que este tipo de citas médicas no son consideradas una emergencia y por ende no se podrán efectuar hasta el tiempo señalado de seis meses.

4.\_\_\_\_\_ House of Freedom se sostiene con las donaciones mensuales que aportan los familiares. Es por eso que es imposible brindarles servicios médicos gratuitos, tales como servicio de siquiatra o medicina general.

5.\_\_\_\_\_ Por su aportación mensual su familiar recibirá servicio de transportación del aeropuerto a la institución, residencia, recreación bajo techo, gimnasio, estudios bíblicos, consejería, charlas educativas, conferencias y sobretodo un trato familiar. House of Freedom no recibe ninguna ayuda gubernamental. Por esto, todo residente debe estar dispuesto a colaborar con la institución en cualquier taller de trabajo que la comunidad nos ofrezca para ayudarnos a cumplir con nuestras obligaciones financieras. Además de que estos talleres los utilizamos como terapias en contra del ocio que caracteriza a personas con problemas de drogas y alcohol; también les enseñamos en su etapa de ambulatorio a comprender y más adelante ayudar a sus familiares con la carga económica de su tratamiento. No obstante si usted no desea que su familiar participe de estos talleres, podrá hacer arreglos con la oficina para aumentar su donación mensual y excluir así a su familiar de dichos talleres.

Nombre de Persona Encargada:	Firma de Persona Encargada:
------------------------------	-----------------------------

Fecha de Autorización	Familiar de:
-----------------------	--------------

## A Familiares de Residentes – Parte 2

6.\_\_\_\_\_ La aportación mensual vence cada mes en el número del día de la admisión de su familiar. Si la misma vence en un fin de semana su pago deberá efectuarse el viernes antes de las 4:00pm. De no estar en o antes de esta fecha habrá un cargo de \$5.00 por cada día de atraso. Si los \$5.00 de recargo no están incluidos con su pago, el dinero será automáticamente debitado de la cuenta personal del residente. Si la cuenta del residente no tiene fondos, el recargo continuara en aumento según los días de atraso. Si su pago se atrasase más de una semana los servicios brindados a su familiar serán eliminados.

7.\_\_\_\_\_ En adición, si su pago mensual no se efectúa en el tiempo indicado su familiar no podrá recibir ningún privilegio, tal como cartas, paquetes, o llamadas, hasta que la mensualidad y todo negativo en la cuenta estén al día. Le pedimos su cooperación en este asunto, ya que en nuestra experiencia hemos visto en el pasado como esta situación puede afectar negativamente el progreso de los residentes trayéndole preocupaciones y ambivalencias.

8.\_\_\_\_\_ House of Freedom tiene cuidado que durante el tiempo que su familiar permanezca en nuestra institución todo su ambiente sea totalmente positivo. Es por eso que todo contacto fuera de la institución que tenga el residente, será evaluado estrictamente por la administración. Esto incluye visitas y correspondencia. La correspondencia deberá ser dirigida a House of Freedom c/o el nombre del residente y será supervisada. De encontrar algo negativo en ellas será devuelta al remitente.

9.\_\_\_\_\_ Su familiar tendrá una cuenta personal en la cual deberá tener un mínimo de \$25 en todo momento. Sin embargo, el residente no tendrá el balance de dicha cuenta, solamente el familiar encargado tendrá acceso a la misma. Este dinero se utilizara para la compra de artículos de primera necesidad, ofrendas, salidas y/o cualquier otra cosa que el cliente solicite. Por ser esta una institución sin fines de lucro que ofrece una programación debajo de su costo todo dinero depositado en la cuenta personal **no será reembolsado** en caso de abandono y/o expulsión, ya que el mismo será utilizado para las becas de personas que no tienen recursos, pero desean cumplir con el tratamiento de 15 meses.

Nombre de Persona Encargada:	Firma de Persona Encargada:
------------------------------	-----------------------------

Fecha de Autorización	Familiar de:
-----------------------	--------------

## Alternativa de Pago Mensual

La aportación mensual vence cada mes en el número del día de la admisión de su familiar. En el caso que su pago mensual no se efectuó dentro del tiempo asignado, deberemos tener alguna otra opción para obtener el pago mensual. Por lo cual, House of Freedom requiere que todo familiar encargado provea una tarjeta de crédito alterna que pueda cubrir la mensualidad del residente.

Yo, \_\_\_\_\_, familiar del cliente \_\_\_\_\_, autorizo a HOUSE OF FREEDOM a cobrar la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ por concepto de aportación mensual del cliente antes mencionado, en el caso que mi pago mensual no se efectuó dentro del tiempo asignado. Entiendo que en este cargo se incluirá todo recargo.

Datos de mi tarjeta de crédito:

\_\_\_\_\_ Visa                      \_\_\_\_\_ Master Card                      \_\_\_\_\_ American Express

# de tarjeta \_\_\_\_\_

fecha de expiración \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_                      código postal \_\_\_\_\_

Se me ha explicado y entiendo que todo dinero depositado a House of Freedom **NO ES REEMBOLSABLE** en caso de abandono, expulsión o cualquier otra situación en donde el cliente no concluya o comience su programación. (Un cargo de transacción aplica a toda transacción).

**Nota Importante:** Favor de enviar copia de licencia de conducir o identificación con retrato.

Nombre de Persona Encargada:	Firma de Persona Encargada:
------------------------------	-----------------------------

Fecha de Autorización	Familiar de:
-----------------------	--------------