Mas que una Oportunidad, Un Cambio

Actualizado 2022 Nov

Estimado Solicitante,

Gracias por su interés en postularse a Dismas House de Nashville, una comunidad de vida transitoria que sirve a los ciudadanos que regresan a la sociedad por más de 45 años. Creemos que Dismas House ofrece una oportunidad de reingreso innovadora y única que apoya la curación y la transformación mientras asistirlo a medida que haga la transición, ajusto y reintegración a la comunidad. “Dismas es familia,” y en esta familia se cree en las segundas oportunidades. . Estamos emocionados de que esté interesado en unirse a nuestro programa. Para acelerar el proceso de admisión, incluya los elementos que se enumeran a continuación con su paquete de solicitud. (Nota: Dismas no puede considerar a los solicitantes que están registrados en el registro de delincuentes sexuales o aquellos con cargos de incendio provocado).

- Una copia de su Hoja de TOMIS
- Una copia de su Hoja de Sentencias de TOMIS
- Una copia de su Informe Disciplinario de TOMIS
- Una copia de su informe de grupo de Amenazas de Seguridad
- Cualquier carta de recomendación o referencias (si corresponde).
- Cualquier certificado de finalización del programa (si corresponde).

Marque las casillas a continuación para reconocer que comprende las siguientes expectativas y reglas de Dismas House of Nashville.

Yo , _____, entiendo que como residente de Dismas House:

(nombre en molde)

- No se me permite trabajar durante un mínimo de 30 días a mi llegada para concentrarme en la curación y los ajustes necesarios para apoyar mi transición al mundo libre.
- Participaré en TODA la programación requerida de Dismas House durante mi estadía.
- El personal de Dismas se reserva el derecho de pedirme que abandone el programa/campus inmediatamente si se descubre que proporcioné información falsa o engañosa durante el proceso de admisión, así como durante mi residencia.
- Recibir una sanción disciplinaria después de la aceptación de mi programa podría resultar en una revocación de la decisión de admisión.
- Los primeros 30 días de residencia son condicionales, y el personal se reserva el derecho de pedirme que abandone el programa y la casa si se hace evidente que no soy una "buena opción" para el programa Dismas.
- Estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas, procedimientos, expectativas y estándares de vida establecidos por el programa Dismas House y entiendo que el personal de Dismas se reserva el derecho de hacer cambios a estos durante mi residencia.
- Dismas es un ambiente de vida sobrio, y que puedo ser dado de alta por el uso de sustancias ilegales y / o alcohol, incluyendo cualquier cosa que pueda causar una prueba de detección de drogas positiva, legal o ilegal (es decir, CBD, Kratum, etc.)
- Dismas se reserva el derecho de darme de alta si no cumplo con mi plan de transición/tratamiento, que incluye terapia individual y grupal semanal y reuniones diarias de 12 pasos; y puede requerir tomar medicamentos recetados para apoyar mi tratamiento y transición exitosa.

- Acepto cumplir con todas las condiciones de supervisión establecidas por cualquier agencia estatal o del condado.
- Acepto perseguir diligentemente un estilo de vida positivo y autosostenible que incluya, entre otros asuntos, ingresos legítimos, vida independiente y vivienda permanente.
- Si soy elegible para los fondos del RHP (Programa de Vivienda Residencial), acepto pagar las tarifas del programa por un monto de $160 por semana a partir del día 61 de mi residencia y/o 14 días después del empleo.
- Si no soy elegible para los fondos de RHP, acepto pagar una tarifa administrativa de $150 a la llegada, y comienzar a pagar las tarifas del programa en la cantidad de $190 por semana a partir del día 31 de residencia. (Nota: Las tarifas del programa del primer mes se eximen para aquellos que no son elegibles para RHP).
- Estoy de acuerdo en tomar la vacuna COVID-19 si aún no está vacunado

_____ _____

Firma del solicitante Fecha

DISMAS HOUSE DE NASHVILLE – Aplicación del Programa

Por favor, proporcione toda la información solicitada y complete la solicitud completamente- si no lo hace retrasará el proceso de admisión o resultará en denegación.

INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre: _____ Alias:_____

Fecha de Nacimiento: _____._Edad: _____ TDOC or OCA #: _____

Dirección de correo actual:_____

Situación de vida actual (marque todo lo que corresponda)): Sin hogar Refugio Programa de Tratamiento

Encarcelado Vivienda pública Vivienda privada con Pareja con Familia con Otros

¿Ha vivido alguna vez en el Condado de Davidson, TN ? Sí No

Si es así,¿ cuando?_____ ¿Por cuánto? _____

¿Dónde vivía inmediatamente antes de ser encarcelado?

_____

Ciudad Condado Estado

SITUACIÓN ACTUAL:

Si actualmente está encarcelado, ¿en qué centro de TN?_____

La fecha prevista para liberación: _____ o Fecha de la Audiencia de Libertad Condicional _____ Decisión de libertad condicional (si corresponde): ☐ Sí ☐ No

Nombre del Consejero de Reingreso/Administrador de Casos:_____

Título: _____

Correo electrónico de contacto:_____ # de Teléfono directo _____

Enumere todas las medidas disciplinarias:

_____

_____

_____

_____

Apoyo Personal:

Pariente vivo más cerca:_____ Relación: _____

Ubicación del pariente más cercana: _____
Ciudad Condado Estado

¿Es esta persona una influencia positive en tu vida? Sí No

Estado Civil: Casado Comprometido Soltero Separado Divorciado No está casado, pero en relación

Si corresponde, ¿su pareja es una influencia positive en su vida? Sí No

¿Tienes hijos? Sí No Si "Sí", ¿cuántos? _____

¿Está usted en contacto regular con? Otras parejas Hijos Padres Otra Familia Otros

ADICCIÓN E HISTORIAL DE SALUD:

¿Alguna vez ha luchado con problemas de abuso de sustancias/dependencia química? **Marque todo lo que corresponda**

Si No Actual En el pasado

En caso afirmativo, edad del primer uso: _____

Si la respuesta es "Sí", marque todo lo que corresponda:

☐ Alcoholismo ☐ Metanfetamina ☐ Anfetamina ☐ Opioides/Heroína ☐Cocaína /Crack

☐ Marihuana ☐ Otro (describa) _____

¿Alguna vez ha participado en un programa de recuperación, rehabilitación o tratamiento de abuso de sustancias o en un tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados? Si No

¿Si es así, cuántas veces?_____ ¿Cuándo/donde fue el más reciente? _____

¿Alguna vez has luchado contra alguna adicción conductual sin química? Los ejemplos pueden incluir juegos de apostar , comida/comer en exceso, sexo, pornografía, compras/gastos, etc. ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, describa su(s) adicción(es):_____ Actual En el Pasado

¿Alguna vez le han diagnosticado una condición psicológica como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia?, etc.? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuál es o fue el diagnóstico?_____. ¿Está recibiendo tratamiento o tomando medicamentos para el diagnóstico?☐ Si ☐ No

Proporcione información sobre TODOS los medicamentos recetados legales tomados en los últimos cinco años:

Nombre del Medicamento	Motivo de tomar	¿Tomando Actualmente?		Nombre del Medicamento	Motivo de tomar	¿Tomando Actualmente?

HISTORIAL LABORAL:

¿Alguna vez has estado en el programa TRICOR?_____ Si es así, ¿Cuándo?_____

Último trabajo que tuvo _____¿Por cuánto tiempo?_____

¿Cuál es el tiempo más largo que ha tenido el mismo trabajo?_____

¿Donde? _____

¿Está interesado en trabajar? Circule SÍ / NO.

¿Cuáles son sus planes de empleo en el futuro?

_____

_____

EDUCACIÓN:

Grado más alto completado en la escuela _____ GED/Hi-Set _____Ubicación y fecha_____

Educación Universitaria/Post-Secundaria

_____

Escuela vocacional _____

Certificados/Certificaciones_____

Si lo hay, ¿cuáles son sus objetivos futuros de educación/ entrenamiento?

_____

ESTATUS DE VETERANO:

¿Es usted un veterano? _____ Rama _____ Experiencia de combate_____

Años de servicio_____ Tipo de alta:_____

REGISTRO DE CARGOS Y CONDENAS

Por favor proporcione información relacionada con TODOS los cargos y condenas, independientemente de la ubicación o el resultado. ** (Utilice papel adicional, si es necesario). (No es aceptable escribir "ver adjunto", esta sección debe completarse o la solicitud puede ser denegada por falta de cumplimentación)

Ubicación (Ciudad, Estado)	**Cargos**	**Año**	**Tiempo Servido**

Proporcione los detalles de su delito actual:

_____
_____
_____
_____

¿Por qué quieres participar en nuestro programa?

_____
_____
_____
_____

Meta a corto plazo (los primeros 90 días):

_____
_____
_____

Metas a largo plazo (6 meses a 2 años):

_____
_____

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACVIÓN

Yo,_____, por la presente otorgo, mediante firma, doy permiso para que los representantes de Dismas, Inc. utilicen mi información personal y registros según se considere necesario. Entiendo que estoy otorgando permiso para compartir información personal y registros entre representantes de Dismas, Inc. y con representantes de otras entidades, en particular representantes del Departamento Correccional de Tennessee. También, Entiendo que los miembros del personal de Dismas, Inc. están obligados, por la ley, a informar sobre mi intención de hacerme daño a mí mismo o a otros, o a informar sobre el conocimiento de niños en peligro de daño.

Entiendo que estoy autorizando la divulgación de cualquiera o todos los siguientes:

- Historia clínica, estado de salud, diagnóstico, examen, pruebas de laboratorio e informes de tratamiento.
- Evaluaciones psicológicas y/o informes de evaluación psiquiátrica.
- Datos de historia social (incluida la familia), educación y cualquier otro material relacionado.
- Registros institucionales, incluidas las hojas del FBI y/o TBI, los antecedentes penales, los informes disciplinarios de las instalaciones, los resúmenes de clasificación y/o los informes previos a la sentencia.
- Cualquier información o documento que se encuentre en los archivos de Dismas, Inc.

Entiendo que esta información puede ser utilizada para los siguientes propósitos:

- Informes requeridos por TDOC.
- Coordinación de la rehabilitación médica, psicológica y social.
- Desarrollo de un plan de tratamiento y/o rehabilitación.
- Coordinación de asuntos judiciales.
- Mantenimiento de registros digitales confidenciales internos.

Revise la solicitud para asegurarse de que todas las secciones estén completas. Si no se completan todas las secciones, se denegará.

Nombre (en molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

La información obtenida seguirá siendo confidencial y solo se compartirá de acuerdo con las Leyes Federales de Privacidad. El consentimiento seguirá siendo efectivo durante 90 días después de la finalización o terminación del programa Dismas.

Representante de Dismas: _____

Dismas House Title VI Políta
Es la política de Dismas, Inc. cumplir con la legislación federal y estatal del Título VI con el propósito de asegurar que sus servicios no discriminen a las personas debido a su raza, color, origen nacional o dominio limitado del inglés. En caso de que surjan quejas del Título VI, se atenderán oportunamente.

Ninguna persona en la organización Dismas podrá por motivos de raza, género, discapacidad, religión, origen nacional, o la orientación sexual ser excluida de la participación en, o ser negada de los beneficios de, o ser sometida a discriminación bajo cualquier programa o actividad asociada con Dismas House

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación y garantiza que las personas con discapacidades tengan las mismas oportunidades que todos los demás para disfrutar de oportunidades de empleo, comprar bienes y servicios y participar en programas y servicios gubernamentales.

You may submit the completed application in one of the following two ways:

1. Escanear/Enviar por correo electrónico como archivo adjunto a Admissions@dismas.org.

2. Envíe por correo la solicitud completa a: Attention: Admissions
Dismas House of Nashville
2424 Charlotte Avenue
Nashville, TN 37203