



# FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Matthew Brune, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner  
Policy, Procedures, and Training

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner  
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #12-41-OPE (This Policy Bulletin Replaces PD #02-02-ELI)

### OBSOLETION OF FORMS M-15H, M-15J, M-15M, M-75F AND M-76E

<b>Date:</b> May 25, 2012	<b>Subtopic(s):</b> Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff that the following forms are obsolete, because the information they contain is no longer applicable or valid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>(M-15h)</b> Vets HOPE Program: PA Plan of Self-Support Agreement (NYHHS)</li> <li>• <b>(M-15j)</b> Vets HOPE Program: PA Plan of Self-Support Agreement Bronx VA Medical Center (BVAMC)</li> <li>• <b>(M-15m)</b> Vets HOPE Program: PA Plan of Self-Support Worksheet</li> <li>• <b>(M-75f)</b> Consent for Disclosure of Medical Assistance Program Records</li> <li>• <b>(M-76e)</b> Process for Implementing M-75f/M-76j Flow Chart</li> </ul> <p>Job Center Directors must ensure that all previous versions of these forms are removed from circulation and recycled.</p> <p>Samples of the obsolete forms are attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?  
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or  
send an e-mail to *FIA Call Center Fax* or fax to: (917) 639-0298

**Attachments:**

☞ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

- M-15h** Vets HOPE Program: PA Plan of Self-Support Agreement (NYHHS) (Obsolete)
- M-15j** Vets HOPE Program: PA Plan of Self-Support Agreement (BVAMC) (Obsolete)
- M-15m** Vets HOPE Program: PA Plan of Self-Support Worksheet (Obsolete)
- M-75f** Consent for Disclosure of Medical Assistance Program Records (Obsolete)
- M-76e** Process for Implementing M-75f/M-76j Flow Chart (Obsolete)



### Vets HOPE Program: PA Plan of Self-Support Agreement (NYHHS)

I, \_\_\_\_\_, request approval to participate in the Vets HOPE Program's Plan of Self-Support.

I understand that the goal of this self-support plan is to eliminate or reduce my need for public assistance within a reasonable length of time. While I am enrolled in the Vets HOPE Program, the Human Resources Administration (HRA) will disregard the income received from my participation in the NY Harbor Health Care System (NYHHS) and/or Compensated Work Therapy (CWT) program until I have accumulated \$8,350 or five months of public assistance benefits, whichever comes first. This plan provides me the opportunity to set aside funds for future employment related expenses and/or to secure permanent, independent housing. I also understand that HRA is *not required* to enter into a plan of self-support agreement.

**As a condition of participation in the Vets HOPE Program's Plan of Self-Support, I agree:**

- that once I begin CWT work activities, I will open a savings account at a credit union co-located within a NYHHS facility; **and**
- to have all income received from participation in CWT directly deposited into said savings account; **and**
- to submit copies of all statements from said savings account received for the month to the Substance Abuse Service Center (SASC) **by the end of each month** as verification of my earnings and compliance with this agreement; **and**
- to notify the SASC **within 10 days** of any change(s) which may affect my eligibility for public assistance, including, but not limited to, changing my address and/or securing unsubsidized employment. *I understand that the NY Harbor Health Care System programs are not responsible for reporting this information on my behalf.*

**As a condition of participation in the Vets HOPE Program's Plan of Self-Support, I further agree:**

- **all withdrawals from any savings account must receive prior approval from the CWT Liaison at NYHHS to determine whether use of the funds will be allowed under the plan's objective; and**
- I must submit receipts verifying that any funds withdrawn from my account were used for approved expense; **and**
- inappropriate use of funds will be recovered from my grant as an overpayment and may affect my continuing eligibility for public assistance benefits; **and**
- this plan will be **discontinued** if funds are withdrawn and used for reasons other than those approved by the CWT Liaison at NYHHS (an example of an approved withdrawal is a \$90 monthly withdrawal to supplement reduction in food stamp benefits, housing and/or employment related expenses); **and**
- once I have accumulated funds equal to the amount approved in the plan of self support, my work therapy income will then be budgeted in determining my on-going eligibility for public assistance; **and**
- if I am terminated from, or discontinue participation, in my NY Harbor Health Care System substance abuse treatment program, this agreement will be terminated and any accumulated funds will be used to determine continuing eligibility for public assistance; **and**
- that my failure to comply with the conditions of this plan may affect my eligibility for participating in a self-support plan in the future.

**I have read and understand this plan and agree to abide by the above conditions. Failure to abide by these conditions could result in my being terminated from this plan, and possibly affect my continuing eligibility for public assistance.**

Participant's Signature: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

Worker's Signature: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

**DSS/AGENCY USE ONLY**

Case Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

Above individual's request for participation in the Vets HOPE Program's Plan of Self-Support is:

- Approved for (enter amount) \$ \_\_\_\_\_
- Denied: (check reason below)
- Inappropriate utilization of prior plan agreement
- Other (specify): \_\_\_\_\_

Copy of signed agreement mailed/given to participant: \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

### Programa Vets HOPE: Acuerdo del Plan de Asistencia Pública de Autosuficiencia (NYHHS)

Yo, \_\_\_\_\_, solicito aprobación para participar en El Plan de Autosuficiencia del Programa VETS HOPE.

Yo comprendo que la meta de este plan de autosuficiencia es eliminar o reducir mi necesidad de asistencia pública en un período de tiempo razonable. Mientras yo esté inscrito en el Programa VETS HOPE la Administración de Recursos Humanos (HRA) no tomará en cuenta el ingreso recibido de mi participación en el programa de NY Harbor Health Care System (NYHHS) y/o Terapia de Trabajo Compensado (Compensated Work Therapy - CWT), hasta que yo haya acumulado \$8,350 o cinco meses de beneficios de asistencia pública, cualquiera que sea primero. Este plan me provee la oportunidad de poner fondos aparte para gastos en el futuro relacionados con empleo y/o para asegurar vivienda permanente e independiente. También comprendo que la HRA no es **requerida** a entrar en un plan de acuerdo de autosuficiencia.

**Como una condición de participación en el Plan de Autosuficiencia del Programa Vets HOPE, yo acepto:**

- que una vez que comience actividades de trabajo del CWT, yo abriré una cuenta de ahorros en una asociación cooperativa de crédito co-localizado dentro de una instalación de NYHHS; **y**
- hacer que todo ingreso recibido por participación en el CWT sea depositado directamente en dicha cuenta de ahorros; **y**
- someter copias de todos los estados de cuenta recibidos para cada mes de dicha cuenta de ahorros al centro de Servicios de Abuso a Sustancias (Substance Abuse Service Center - SASC) **para fines de cada mes**, como verificación de mis ganancias y en cumplimiento con este acuerdo; **y**
- notificarle al SASC **dentro de 10 días** de cualquier cambio(s) que pueda(n) afectar mi elegibilidad para asistencia pública, incluyendo, pero no limitado a, cambiar mi dirección y/u obtener empleo sin subsidio. *Yo comprendo que los programas del NY Harbor Health Care System no son responsables de comunicar esta información en mi nombre.*

**Como una condición de participación en el Plan de Autosuficiencia del Programa Vets HOPE, además yo acepto:**

- **que todo retiro de cualquier cuenta de ahorros tiene que recibir aprobación previa del Enlace del CWT en NYHHS para determinar el uso de los fondos será permitido bajo el objetivo del plan; y**
- que tengo que someter recibos verificando que cualquier fondo retirado de mi cuenta fue usado para gastos aprobados; **y**
- el uso inapropiado de fondos será recuperado de mi concesión como un sobre pago y puede afectar mi elegibilidad continua para beneficios de asistencia pública; **y**
- este plan será **descontinuado** si los fondos son retirados y usados por razones que no sean las aprobadas por el Enlace del CWT en la NYHHS (un ejemplo de un retiro autorizado es un retiro mensual de \$90 para suplementar la reducción de beneficios de cupones para alimentos, vivienda y/o gastos relacionados con el empleo; **y**
- una vez que haya acumulado fondos iguales a la cantidad aprobada en mi plan de autosuficiencia, entonces mi ingreso por terapia de trabajo será presupuestado para determinar mi elegibilidad continua para asistencia pública; **y**
- si soy terminado de, o se me descontinúa participación en, mi programa de tratamiento contra el abuso de sustancias del Centro NY Harbor Health Care System, este acuerdo será terminado y cualquiera fondos acumulados serán usados para determinar la continuación de elegibilidad para asistencia pública; **y**
- que si no cumplo con las condiciones de este plan puede afectar mi elegibilidad para participar en un plan de autosuficiencia en el futuro.

**Yo he leído y entiendo este plan y acuerdo a sujetarme a las condiciones ante mencionadas. El no sujetarme a estas condiciones puede resultar en que sea terminado de este plan, y posiblemente afecte mi elegibilidad continua para asistencia pública.**

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**DSS/AGENCY USE ONLY**

Case Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Above individual's request for participation in the Vets HOPE Program's Plan of Self-Support is:

Approved for (enter amount) \$ \_\_\_\_\_

Denied: (check reason below)

Inappropriate utilization of prior plan agreement

Other (specify): \_\_\_\_\_

Copy of signed agreement mailed/given to participant: \_\_\_\_\_

Date

Authorized Signature

Title

Date



### Vets HOPE Program: PA Plan of Self Support Agreement (BVAMC)

I, \_\_\_\_\_, request approval to participate in the Vets HOPE Program's Plan of Self-Support.

I understand that the goal of this self-support plan is to eliminate or reduce my need for public assistance within a reasonable length of time. While I am enrolled in the Vets HOPE Program, the Human Resources Administration (HRA) will disregard the income received from my participation in the Bronx VA Medical Center (BVAMC) and/or Compensated Work Therapy (CWT) program, until I have accumulated \$8,350 or five months of public assistance benefits, whichever comes first. This plan provides me the opportunity to set aside funds for future employment related expenses and/or to secure permanent, independent housing. I also understand that HRA is **not required** to enter into a plan of self-support agreement.

**As a condition of participation in the Vets HOPE Program's Plan of Self-Support, I agree:**

- that once I begin CWT work activities, I will open a savings account at a designated local bank; **and**
- to have all income received from participation in CWT directly deposited into said savings account; **and**
- to submit copies of all statements from said savings account received for the month to the Substance Abuse Service Center (SASC) **by the end of each month** as verification of my earnings and compliance with this agreement; **and**
- to notify the SASC **within 10 days** of any change(s) which may affect my eligibility for public assistance, including, but not limited to, changing my address and/or securing unsubsidized employment. *I understand that the Bronx VA Medical Center programs are not responsible for reporting this information on my behalf.*

**As a condition of participation in the Vets HOPE Program's Plan of Self-Support, I further agree:**

- **all withdrawals from any savings account must receive prior approval from the CWT Liaison at BVAMC to determine whether use of the funds will be allowed under the plan's objective; and**
- I must submit receipts verifying that any funds withdrawn from my account were used for approved expenses; **and**
- inappropriate use of funds will be recovered from my grant as an overpayment and may affect my continuing eligibility for public assistance benefits; **and**
- this plan will be **discontinued** if funds are withdrawn and used for reasons other than those approved by CWT Liaison at BVAMC (an example of an approved withdrawal is a \$90 monthly withdrawal to supplement reduction in food stamp benefits, housing and/or employment related expenses); **and**
- once I have accumulated funds equal to the amount approved in the plan of self support, my work therapy income will then be budgeted in determining my ongoing eligibility for public assistance; **and**
- if I am terminated from, or discontinue participation, in my Bronx VA Medical Center substance abuse treatment program, this agreement will be terminated and any accumulated funds will be used to determine continuing eligibility for public assistance; **and**
- that my failure to comply with the conditions of this plan may affect my eligibility for participating in a self-support plan in the future.

**I have read and understand this plan and agree to abide by the above conditions. Failure to abide by these conditions could result in my being terminated from this plan, and possibly affect my continuing eligibility for public assistance.**

Participant's Signature: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

Worker's Signature: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

**DSS/AGENCY USE ONLY**

Case Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

Above individual's request for participation in the Vets HOPE Program's Plan of Self Support is:

- Approved for (enter amount) \$ \_\_\_\_\_
- Denied: (check reason below)
- Inappropriate utilization of prior plan agreement
  - Other (specify): \_\_\_\_\_

Copy of signed agreement mailed/given to participant: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Programa Vets HOPE: Acuerdo del Plan de Asistencia Pública de Autosuficiencia (BVAMC)

Yo, \_\_\_\_\_, solicito aprobación para participar en el plan de autosuficiencia del programa Vets HOPE.

Yo comprendo que la meta de este plan de autosuficiencia es eliminar o reducir mi necesidad de asistencia pública en un período de tiempo razonable. Mientras yo esté inscrito en el Programa Vets HOPE, la Administración de Recursos Humanos (HRA) no tomará en cuenta el ingreso recibido de mi participación en el programa del Bronx VA Medical Center (BVAMC) y/o Terapia de Trabajo Compensado (Compensated Work Therapy - CWT), hasta que yo haya acumulado \$8,350 o cinco meses de beneficios de asistencia pública, cualquiera que sea primero. Este plan me provee la oportunidad de poner fondos aparte para gastos en el futuro relacionados con empleo y/o para asegurar vivienda permanente e independiente. También comprendo que la HRA no es **requerida** a entrar en un plan de acuerdo de autosuficiencia.

**Como una condición de participación en el Plan de Autosuficiencia del Programa Vets HOPE, yo acepto:**

- que una vez que comience actividades de trabajo del CWT, yo abriré una cuenta de ahorros en un banco local designado; **y**
- hacer que todo ingreso recibido por participación en el CWT sea depositado directamente en dicha cuenta de ahorros; **y**
- someter copias de todos los estados de cuenta recibidos para cada mes de dicha cuenta de ahorros al centro de Servicios de Abuso a Sustancias (Substance Abuse Service Center - SASC) **para fines de cada mes**, como verificación de mis ganancias y en cumplimiento con este acuerdo; **y**
- notificarle al SASC **dentro de 10 días** de cualquier cambio(s) que pueda(n) afectar mi elegibilidad para asistencia pública, incluyendo, pero no limitado a, cambiar mi dirección y/u obtener empleo sin subsidio. *Yo comprendo que los programas del Bronx VA Medical Center no son responsables de comunicar esta información en mi nombre.*

**Como una condición de participación en el Plan de Autosuficiencia del Programa Vets HOPE, además yo acepto:**

- **que todo retiro de cualquier cuenta de ahorros tiene que recibir aprobación previa del Enlace del CWT en BVAMC para determinar el uso de los fondos será permitido bajo el objetivo del plan; y**
- que tengo que someter recibos verificando que cualquier fondo retirado de mi cuenta fue usado para gastos aprobados; **y**
- el uso inapropiado de fondos será recobrado de mi concesión como un sobre pago y puede afectar mi elegibilidad continua para beneficios de asistencia pública; **y**
- este plan será **descontinuado** si los fondos son retirados y usados por razones que no sean las aprobadas por el Enlace del CWT, en el BVAMC (un ejemplo de un retiro aprobado es un retiro mensual de \$90 para suplementar la reducción de beneficios de cupones para alimentos, vivienda y/o gastos relacionados con el empleo); **y**
- Una vez que haya acumulado fondos iguales a la cantidad aprobada en mi plan de autosuficiencia, entonces mi ingreso por terapia de trabajo será presupuestado para determinar mi elegibilidad continua para asistencia pública; **y**
- si soy terminado de, o se me descontinúa participación en, mi programa de tratamiento contra el abuso de sustancias del Bronx VA Medical Center, este acuerdo será terminado y cualquiera fondos acumulados serán usados para determinar la continuación de elegibilidad para asistencia pública; **y**
- que si no cumplo con las condiciones de este plan puede afectar mi elegibilidad para participar en un plan de autosuficiencia en el futuro.

**Yo he leído y entiendo este plan y acuerdo a sujetarme a las condiciones ante mencionadas. El no sujetarme a estas condiciones puede resultar en que sea terminado de este plan, y posiblemente afecte mi elegibilidad continua para asistencia pública.**

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**DSS/AGENCY USE ONLY**

Case Name: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Above individual's request for participation in the Vets HOPE Program's Plan of Self Support is:

Approved for (enter amount) \$ \_\_\_\_\_

Denied: (check reason below)

Inappropriate utilization of prior plan agreement

Other (specify): \_\_\_\_\_

Copy of signed agreement mailed/given to participant: \_\_\_\_\_

Date

Authorized Signature

Title

Date

## Vets HOPE Program: PA Plan of Self Support Worksheet

Date Approved: \_\_\_\_\_

Case Name: \_\_\_\_\_

Approved Plan Mat: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Statement Month	Date Statement Received	Amount Deposited	Amount Withdrawn	Total Amount To Date	Withdrawal Used for:	Appropriate Withdrawal	Inappropriate Withdrawal
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		
					<input type="checkbox"/> n/a		

OBSOLETE

**PLAN TERMINATED EFFECTIVE:** \_\_\_\_\_

- (check all that apply)
- Plan completed
- Inappropriate utilization of funds
- No longer a Vets HOPE participant
- Case closed:
  - Failure to comply with treatment requirements
  - Excess income
  - Other (explain): \_\_\_\_\_

**CASE ACTION TAKEN:**

- (check all that apply)
- Overpayment calculated at \$ \_\_\_\_\_
- Recoup initiated effective: \_\_\_\_\_
- Case closed effective: \_\_\_\_\_

**Additional Comments/Actions:**

---



---



---



**CONSENT FOR DISCLOSURE OF MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM RECORDS**

Federal and state laws and regulations protect the confidentiality of medical records. In general, the medical assistance program (Medicaid) may not tell anyone about your diagnoses or treatment unless you consent to that disclosure in writing.

Medical conditions and/or emotional disorders can limit your ability to work and restrict your capacity to become self-sufficient. HRA has programs and services that can help people deal with these problems, receive treatment, and enable them to move from welfare to work. By signing this consent form, you give HRA permission to look at your Medicaid records to assist in determining if you have a medical condition and/or emotional disorder for which special services may be provided.

**Sign AFTER you read and understand the consent you are giving.  
You may ask questions about anything you do not understand.**

I, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(Applicant's name) (Social Security Number)

**OBSCOLETTE**

authorize and request the New York State Medical Assistance Program (Medicaid) to disclose information related to medical assistance program funded treatment I have received for medical conditions and/or emotional disorders to the New York City Department of Social Services/Human Resources Administration to assist in determining if I have a medical condition and/or emotional disorder, and if I do, to assist in assessing the severity of my condition and to assist in identifying clinically appropriate treatment and support services. If I am required to apply for benefits administered by the Social Security Administration the information specified above may be shared with the Social Security Administration.

I understand that this release does not authorize the disclosure of confidential alcoholism and drug abuse information and confidential HIV-related information. I understand that my refusal to consent will have no effect on my eligibility or continued eligibility for public assistance or medical assistance. I understand that, except for action already taken, I can rescind this consent at any time.

If I do not take back this consent it will end upon **Discontinuance of Public Assistance and Medical Assistance Benefits.**

\_\_\_\_\_  
(Signature of Applicant)

\_\_\_\_\_  
(Date Signed)

\_\_\_\_\_  
(Case Number)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Parent, Guardian or Person Authorized to sign in Lieu of Applicant, where required.)

\_\_\_\_\_  
(Date Signed)

\_\_\_\_\_  
(Social Services Department Contact Person/Title)

\_\_\_\_\_  
(Date Signed)



## CONSENTIMIENTO PARA REVELAR EXPEDIENTES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA

Las leyes y reglamentaciones federales y estatales protegen la confidencialidad de expedientes médicos. En general, el Programa de Asistencia Médica (Medicaid) no puede proveerle datos a nadie datos acerca de sus diagnósticos o tratamientos, al menos que usted consienta por escrito.

Condiciones médicas y/o trastornos emocionales pueden limitar su capacidad para trabajar y restringir su capacidad de ser autosuficiente. La HRA tiene programas y servicios que pueden ayudarle a enfrentarse a estos problemas, recibir tratamiento, y permitirle el traslado a asistencia social (Welfare) al trabajo. Al firmar este formulario de consentimiento, usted le otorga el permiso a la HRA de revisar sus expedientes de Medicaid para asistir en determinar si usted tiene una condición médica y/o trastorno emocional, para los cuales servicios especiales pueden ser proveídos.

**Firme DESPUES que lea y entienda el consentimiento que está otorgando.  
Usted puede hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entienda.**

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(Nombre del Solicitante) (Número de Seguro Social)

autorizo y solicito al New York State Medical Assistance Program (Medicaid) a revelar información relacionada al tratamiento financiado por el programa de asistencia médica que he recibido para condiciones médicas y/o trastornos emocionales a New York City Department of Social Services/Human Resources Administration- para asistir en determinar si tengo una condición médica y/o trastorno emocional, y de ser así, asistir en evaluar la severidad de mi condición y en asistir en identificar servicios de tratamientos clínicamente aprobados y de apoyo. Si estoy requerido a solicitar beneficios administrados por la Administración de Seguridad Social (Social Security Administration), la información especificada más arriba puede ser compartida con la Administración de Seguridad Social (Social Security Administration).

Yo entiendo que este permiso no autoriza el revelar información confidencial de alcoholismo y abuso de drogas e información confidencial relacionada con VIH. Entiendo que mi rechazo en consentir no tendrá efecto sobre mi elegibilidad, o elegibilidad continua, para asistencia pública o médica. Entiendo que, con la excepción de acciones ya tomadas, yo puedo rescindir este consentimiento en cualquier momento.

Si no cambio de opinion acerca de este consentimiento, el mismo terminará al:  
**Discontinuarse los Beneficios de Asistencia Pública y Médica.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del Solicitante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la Firma)

\_\_\_\_\_  
(Número de Caso)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre, Guardián o Persona Autorizada a firmar en lugar del Solicitante, donde se requiera.)

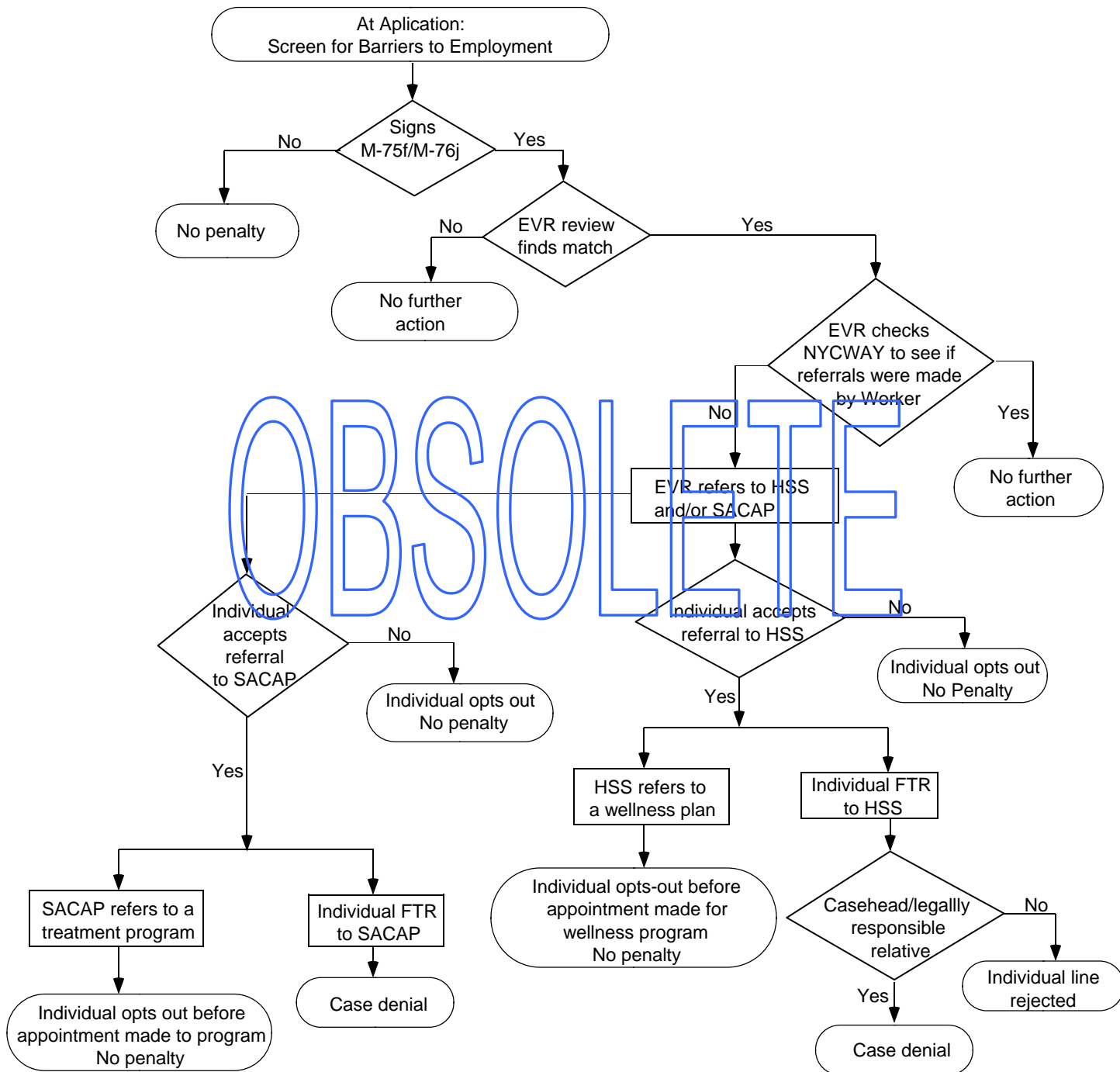
\_\_\_\_\_  
(Fecha de la Firma)

\_\_\_\_\_  
(Persona Contacto/Título del Departamento de Servicios Sociales)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la Firma)



### Process for Implementing M-75f/M-76j Flow Chart



**Please Note : There are three stages where the individual can opt out without penalty**

1. Declining to sign M-75f/M-76j
2. Declining EVR referral to HSS and/or SACAP
3. Declining referral from HSS to a wellness plan, or from SACAP to a treatment program