

**Work First New Jersey (WFNJ) Substance Abuse Initiative (SAI) and**

**Behavioral Health Initiative (BHI)**

**Reconocimiento del cliente del estatus del Coordinador de WFNJ SAI/BHI como Consejero en Entrenamiento/Interno**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he sido informado de que el Coordinador de WFNJ SAI/BHI, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, proveyendo mi

 (Nombre del Consejero)

evaluación y manejando de mi caso de WFNJ SAI/BHI es considerado un consejero-interno. Entiendo que este Coordinador está en proceso de obtener su certificación como Consejero de Alcohol y Drogas (CADC) o su licencia como Consejero Clínica de Alcohol y Drogas (LCADC). Entiendo que mi Coordinador proveerá servicios bajo la supervisión de un Consejero Licenciado de Alcohol y Drogas.

Mi firma abajo indica que esto ha sido totalmente explicada a mí y yo estoy de acuerdo con este acuerdo de cuidado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Cliente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Consejero Inerno Fecha