

Consentimiento de Informacion para la Investigacion

Titulo del Estudio: *Proyecto de Ayuda a Familias de Detroit 360°*

EI PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito del estudio es de implementar el Centro de Ayuda a Familias de Detroit 360° para asistir a familias minoritarias de bajos ingresos economicos que tienen un miembro en su familia con un impedimento (incapacidad) para preservar, fortalecer, y mantener la unidad familiar.

PROCEDIMIENTO

Si usted acepta participar en este programa ud. sera asignado(a) un Navegador(a) de Ayuda a Familias. Este Navegador trabajara con usted para desarrollar un Plan Individualizado para su Familia, al igual que para identificar los servicios que su hijo(a) desea y necesita. Se espera que este proceso tenga una hora de duracion pero pueda que dure mas dependiendo de la cantidad de informacion que usted desea compartir. Adicionalmente ud. sera invitado a participar en juntas mensuales de soporte (de dos a cuatro horas de duracion por mes), las cuales proporcionaran informacion sobre la red de servicios, como por ejemplo como convertirse en su propio abogado/advocante (**no** confundir con licenciado), como fincar una comunidad mejor, y la oportunidad de entablar amistades con personas que estan pasando por las mismas situaciones que ud. Una vez que su familia este recibiendo los servicios necesarios que desean obtener, en una forma constante, su Navegador se comunicara con ud. cada tres meses durante el primer año, y una vez al año despues de el primer año. Para poder obtener continuo progreso en nuestro programa pueda que en ocasiones le pidamos que llene una encuesta de satisfaccion que no tomara mas de 5 a 10 minutos en llenar. Si usted no desea tomar parte en estas encuestas simplemente informe a su Navegador. Adicionalmente, colectaremos un resumen de datos de los archivos de todos los participantes en este programa.

BENEFICIOS

Los posibles beneficios a usted por participar en este estudio son mayor inclusión en los servicios de ayuda a la familia, y acceso más eficiente a dichos servicios. Su participacion facilitara a el personal del programa 360° en proporcionarle a ud. y a su hijo(a) con informacion y referidos los cuales ayudaran a optimizar la salud y el desarrollo de su hijo(a). Adicionalmente su participacion ayudara a el programa 360° a aprender como dar mejores servicios a otras familias.

Fecha de Entrega/Revision
Version del Protocolo #:

Iniciales del participante _____

Consentimiento de Informacion para la Investigacion

Titulo del Estudio: *Proyecto de Ayuda a Familias de Detroit 360°*

LOS RIESGOS

El Proyecto de Ayuda a Familias 360° no garantiza la validez, disponibilidad, y exactitud de los servicios proporcionados por las organizaciones compañeras. Al tomar parte en este estudio ud. puede sentir una gama de emociones asociados con el compartir experiencias e informacion personal. En el evento de que ud. quiera hablar con un asesor sobre sus sentimientos, servicios de consejeria seran provistos. Si en algun momento durante el estudio existe la posibilidad de que el abuso a menores a sucedido esta informacion debera ser compartida con las autoridades correspondientes. Adicionalmente si en algun momento durante este estudio existe una divulgacion de actividades criminales, el uso de sustancias ilegales, o de violencia, esta informacion podra ser compartida con las autoridades correspondientes. Tambien pueden haber riesgos incluidos que los investigadores no se han dado por enterados en este momento.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS / PROCEDIMIENTOS

No existen otros tratamientos alternativos o precedimientos.

DAÑOS RELACIONADOS A LA INVESTIGACION

En el desafortunado evento de que suceda un daño o perjuicio durante el transcurso de este estudio, no habra reembolso monetario, compensacion o servicios medicos gratuitos por parte de la Universidad de Wayne State. Si ud. cree que ha recibido un perjuicio por participar en el estudio, favor de notificar al investigador de inmediato .

REMUNERACIÓN

Usted no recibira pago monetario por participar en este estudio.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información recopilada sobre usted durante el curso de este estudio será mantenida confidencialmente hasta lo permitido por la ley. Un número de código le identificará en los expedientes de la investigación. La información que le identifica

Fecha de Entrega/Revision
Version del Protocolo #:

Iniciales del participante _____

Consentimiento de Informacion para la Investigacion

Titulo del Estudio: *Proyecto de Ayuda a Familias de Detroit 360°*

personalmente no será revelado sin su permiso escrito. Sin embargo, el patrocinador del estudio, el Comité Humano de la Investigación/Human Investigation Committee (HIC) en la Universidad de Wayne State o las agencias federales supervisorias apropiadas, pueden revisar sus expedientes.

PARTICIPACION VOLUNTARIA/RETIRO

La participacion en este estudio es voluntario. Usted puede elegir no participar en este estudio, o si usted decide participar, usted puede cambiar su manera de pensar en lo futuro y retirarse del estudio. Usted es libre de no contestar ningunas de las preguntas o de retirarse en cualquier momento. Su decisión no cambiará ninguna actual o futura relacion con la Universidad de Wayne State, o sus afiliados, o cualquiera otros servicios que tenga derecho de recibir.

PREGUNTAS

Si usted tiene cualquier pregunta ahora o en el futuro, usted puede entrar en contacto con Elizabeth Janks, o con alguno de los miembros del equipo de investigación al número telefónico gratuito 1- 888-978-4334. Si usted tiene preguntas o preocupaciones acerca de sus derechos como participante de la investigación, puede entrar en contacto con el jefe del Comité Humano de la Investigación al numero telefonico (313) 577-1628.

Fecha de Entrega/Revision
Version del Protocolo #:

Iniciales del participante _____

Consentimiento de Informacion para la Investigacion

Titulo del Estudio: *Proyecto de Ayuda a Familias de Detroit 360°*

CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR

Para acordar voluntariamente a participar en este estudio, usted debe firmar en la línea de abajo. Si usted elige participar en este estudio, tenga presente que usted puede retirarse en cualquier momento. Usted no está dando sus derechos legales al firmar esta forma. Su firma abajo indica que ha leído, o la han leído a usted, esta forma entera de consentimiento, incluyendo riesgos y las ventajas, y a tenido todas sus preguntas contestadas. Usted recibira una copia de esta forma del consentimiento.

La firma del Participante/ Representante Legal Autorizado

Fecha

Nombre impreso del Participant/ Representante Autorizado

Tiempo

**Firma del testigo (cuando es aplicable)

Fecha

Nombre impreso del testigo

Tiempo

Firma de la persona que obtiene consentimiento

Fecha

Nombre impreso de la persona que obtiene consentimiento

Tiempo

** Use cuando el participante ha tenido este consentimiento leída a el o ella

Fecha de Entrega/Revision
Version del Protocolo #:

Iniciales del participante _____