

**Local Network Planning & Development
for Public Mental Health Services
“The Rule Formerly Known As Provider of Last Resort”**

Effective September 1, 2007, Centers are required by law to develop an implementation plan that assembles a network of service providers in which the Center can only serve in certain limited circumstances. This applies only to mental health services that are funded by the state. The implementation plan, known as Local Planning and Network Development (LPND), must reflect local needs and priorities and maximize consumer choice and access to qualified service providers.

Efectiva el 1 de septiembre de 2007, los Centros están obligados por ley a desallorar un plan de aplicación que monta una red de proveedores de servicios en los que el Centro sólo puede servir en ciertas circunstancias limitadas. Esta ley se aplica sólo a los servicios de salud mental que son financiados por el Estado. El plan de ejecución, conocido como "Local Planning and Network Development (LPND)," debe reflejar las necesidades y prioridades locales y aprovechar al máximo la elección del consumidor y el acceso a los proveedores de servicios calificados.

The Center is required to develop a local network development plan regarding the configuration and development of its mental health provider network. The plan must reflect local needs and priorities and maximize consumer choice and access to qualified service providers.

Los centros deben desarrollar un plan conformar y desarrollar una red para proveer los servicios de asistencia para salubridad mental. El plan debe reflejar las necesidades y prioridades para maximizar que los clientes tengan la oportunidad de escoger y tener acceso a servicios calificados.

The goal of this process and plan is for Centers to incorporate strategies to ensure continuous consumer access to services while the Centers increasingly expand the network of providers; maintain a steadily decreasing share of services. The desired outcome is for consumers to have choice from among multiple service providers and for the Center to provide management and oversight of the provider network.

La meta de este proceso y de el Plan son de que los Centros tengan estrategias para que los clientes tengan servicios continuos cuando se continúe expandiendo el servicio de proveedores; continuar reduciendo su participación en dar los servicios. Lo que se desea es que los clientes puedan escoger entre varios proveedores y los Centros manejar y vigilar a la red de proveedores.

The extent to which this goal can be achieved and how quickly it can be reached will depend on the circumstances, needs, and preferences of the local communities served by each Center.

Que tanto se pueda lograr de esta meta y que tan pronto se realice dependerá de las circunstancias, necesidades y preferencias de las comunidades asistidas por cada Centro.

The Center will gather and obtain input from its stakeholders regarding such things as:

- Service needs and priorities of children, adolescents, and adults;
- Crisis response system and services;
- Development of the external provider network; and
- Other significant issues and concerns.

Cada Centro recolectara información de cada cliente respecto a:

- ***Servicios necesarios y prioridades de niños, adolescentes y adultos;***
- ***Sistema y servicios para responder a Crisis;***
- ***Desarrollo de la red de proveedores externos; and***
- ***Otras asuntos de interés y preocupaciones***

Under the new rules and requirements, the Center can only be a Provider of services if:

- There are no interested qualified providers
- There is only 1 other qualified provider
- The responding qualified providers do not propose to meet at least 100% of the DSHS contract target population or meet the same level of current access to services
- The Center must maintain some services to preserve critical infrastructure
- Existing agreements impose restrictions on the Center's ability to contract a portion of services because there would be an unsustainable loss of revenue.

Bajo las nuevas reglas y requisitos, los Centros solo serán Proveedores de servicios únicamente si:

- ***No hay proveedores calificados interesados***
- ***Si solamente hay un proveedor calificado***
- ***Si los proveedores calificados no ofrecen cubrir al menos el 100% de la población proyectada por DSHS o alcanza a cubrir los niveles actuales de servicios.***
- ***El Centro debe mantener algunos servicios para conservar su infraestructura.***
- ***Acuerdos existentes impone restricciones al Centro para contratar servicios porque causara una perdida insostenible de ingresos.***

YOUR INPUT INTO THIS PROCESS IS OF UTMOST IMPORTANCE. WE WANT YOU TO PARTICIPATE. Learn more by utilizing one of the resources below.

SU INFORMACION EN ESTE PROCESO ES MUY IMPORTANTE. QUEREMOS QUE PARTICIPE EN EL. Conozca mas al respecto en las fuentes que se detallan a continuación.

Other Helpful Resources:

- <http://www.dshs.state.tx.us/mhcommunity/LPND/>
- Local Center Website: <http://www.borderregion.org/>
- Local Center Contact for Network Development: send questions or concerns to Kathleen Seitel at 956-794-3240 or kathleens@borderregion.org.
- Please **fax** your completed survey to: Kathleen Seitel @ 956-794-3325 or mail it to Border Region MHMR, 1500 Pappas St., Laredo, TX 78044.

**Local Planning & Network Development
Consumer, Family and Stakeholder Survey
Planeación Local & Desarrollo de Red, Consumidor, Familia y Cliente**

- 1. Please indicate which best describes your relationship with MHMRA of Webb County?
(Check only one box)**

Favor indicar lo que describe mejor su relación con MHMRA del Condado de Jim Hogg

I Receive Services at _____ Webb County MHMR

Yo recibo servicios en _____ Webb County MHMR

I have a Family Member or Friend who gets services at MHMRA of Webb County

Yo tengo un Familiar o conocido que recibe servicios en MHMRA del Condado de Webb

Member of NAMI Member of ARC

Miembro de NAMI Miembro de ARC

Interested Citizen Center Staff

Persona Interesada Miembro del Staff del Centro

Other: please specify: _____

Otro; Favor especificar: _____

- 2. Are you a Webb County Resident?**

Es Ud. Residente del Condado de Webb?

Yes No

Si No

- 3. Are you aware that all Centers are now required by state law to explore contracting services they currently provide to interested third parties?**

Sabia Ud. que por ley estatal los centros deben explorar la contratación con terceros los servicios que ellos están proveyendo?

Yes No

Si No

If you answered No, would you like to receive additional information regarding changes that may affect the services you are receiving at the Center?

Si Ud. Contesto No, estaría interesado en recibir información adicional referente a los cambios que afectara los servicios que Ud. está recibiendo en los Centros?

Yes No

Si No

If yes, please provide contact information: _____

Si contesto si, favor indicarnos como contactarle

—

4. On the list below, please identify the THREE most important factors you consider when choosing a provider for services:

De la lista a continuación favor escoger los TRES factores más importantes que Ud. toma en cuenta cuando escoge un proveedor de servicios:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Convenient Location to home <i>Sitio conveniente a la casa</i> | <input type="checkbox"/> Pharmacy on site <i>Tiene Farmacia en el sitio</i> |
| <input type="checkbox"/> Transportation available <i>Facilidad de transporte</i> | <input type="checkbox"/> Length of appointment <i>Duración de la cita</i> |
| <input type="checkbox"/> Clean Environment <i>Limpieza del establecimiento</i> | <input type="checkbox"/> Wait time to see the doctor <i>Periodo de espera para ver al doctor</i> |
| <input type="checkbox"/> Cost of services <i>Costo de los Servicios</i> | <input type="checkbox"/> Bilingual Services and materials <i>Servicios en Español</i> |
| <input type="checkbox"/> Religious and spiritual values <i>Religion y valores espirituales</i> | <input type="checkbox"/> Cultural/Ethnic Sensitivity & Knowledge <i>Sensibilidad y Conocimientos Etnicos /Culturales</i> |
| <input type="checkbox"/> Reputation of Provider <i>Reputacion del Proveedor</i> | <input type="checkbox"/> All services at the same location <i>Todos los servicios en el mismo lugar</i> |
| <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Otros _____</i> | |

5. What service(s) would be most important for you to have a wider pool of providers to choose from?

En qué servicio(s) le es más importante a Ud. tener un grupo de proveedores de donde escoger uno?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Crisis Services <i>Servicios durante una crisis</i> | <input type="checkbox"/> Respite Services <i>Servicios</i> |
| <input type="checkbox"/> Help to find and get a job <i>Ayuda para conseguir empleo</i> | <input type="checkbox"/> Doctor Services for MHMR <i>Servicios de Medico para MHMR</i> |
| <input type="checkbox"/> Counseling <i>Consejería</i> | <input type="checkbox"/> Help to find and get a place to live <i>Ayuda en la consecución de alojamiento</i> |
| <input type="checkbox"/> Learning the skills to take care of your self and live a better life <i>Aprender las habilidades para cuidarse y llevar una mejor vida</i> | |

6. How important is a choice of providers to you?

Que tan importante es para Ud poder escoger su proveedor de servicios?

- | | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| NOT IMPORTANT AT ALL | NOT VERY IMPORTANT | NO OPINION | SOMEWHAT IMPORTANT | VERY IMPORTANT |
| <i>No importa</i> | <i>No muy Importante</i> | <i>Sin Opinion</i> | <i>Importa Algo</i> | <i>Muy Importante</i> |

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS ONLY IF YOU OR A FAMILY MEMBER RECEIVE SERVICES FROM JIM HOGG COUNTY MHMR.

POR FAVOR CONTESTE ESTAS PREGUNTAS UNICAMENTE SI UD.O SU FAMILIAR RECIBE SERVICIOS DE JIM HOGG COUNTY.

7. Which services you receive at Jim Hogg County MHMR are most important and helpful to you?

Que servicios recibe en Jim Hogg County MHMR son mas importante y necesarios para Ud.?

8. Are there any services you would like that the center does not currently offer?
Hay algunos servicios que Ud quisiera tener que no los ofrece el centro?

9. Are there any factors or obstacles that make it difficult for you to get services at Jim Hogg County MHMR?

Que factores u obstaculos hay que dificulten los servicios en Jim Hogg County MHMR?

10. If you could, what service(s) are you interested in receiving from providers other than Jim Hogg County MHMR?

Si fuera posible que servicio(s) estaria interesado en recibir de proveedores diferente de Jim Hogg County MHMR?

11. On a scale of 1 to 5 how satisfied are you with the services you receive at Jim Hogg County MHMR? Circle One

Em una escala de 1 a 5 que tan satisfecho esta ud. de los servicios que ud. recibe en Jim Hogg County MHMR? Circle One

| | | | | |
|---|--|---------------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| VERY UNSATISFIED <i>Muy desatisfecho</i> | SOMEWHAT UNSATISFIED <i>Algo desatisfecho</i> | NEUTRAL <i>Neutral</i> | SOMEWHAT SATISFIED <i>Algo satisfecho</i> | VERY SATISFIED <i>Muy Satisfecho</i> |

Please return completed surveys to: Border Region MHMR, 1500 Pappas St., Laredo, TX 78044 or Fax @ 956-794-3325. For more information please contact Kathleen Seitel at 956-794-3240 or kathleens@borderregion.org or visit our website at www.borderregion.org.