

SISTEMA DE ELECCION DE SERVICIOS

Soporte Comunitario

Formulario 818

Version: August 2017

Aviso de privacidad

La información que usted provea sera usada para determinar la elegibilidad para acceder servicios con la división. Esta información solo sera usada por el Departamento de Servicio Humanos (DHHS) y también si fuera necesario por terceros que tengan contratos con DHHS. Sin esta información y datos no podremos tomar una determinación. Estos datos son parte de la siguiente serie de registros: 15376.

Eleccion Informada

He recibido una copia de la hoja FACT, la cual provee informacion sobre los Servicios de Instalaciones de Cuidado Intermediario para personas con discapacidades intelectuales, así como la Renuncia a Programas Basados en el Hogar y la Comunidad. Entiendo de que puedo pedir mas informacion y puedo contactar a cualquiera de las entidades incluidas en la hoja FACT para su informacion. En el futuro, si mi situacion cambiara, entiendo que soy libre de hacer una eleccion diferente si soy elegible para recibir servicios.

He sido aconsejado de que puedo elegir entre servicios de Renuncia a Programas Basados en el Hogar y en la Comunidad o un Proveedor Intermediario en una Instalacion para personas con discapacidades intelectuales. Entiendo que las opciones de servicios lo suficientemente como para hacer un decision informada sobre cual servicio es el mejor para mi situacion, y escojo:

- Renuncia a Programas Basados en el Hogar y la Comunidad
- Servicios en una Instalacion de Servicios Intermediarios

Firmas

PERSONA

Firma:

Fecha:

COORDINADOR DE APOYO

Firma:

Fecha:

REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA

Firma:

Fecha: