

# ELECCIÓN DEL SISTEMA DE SERVICIO

## *Exención por lesión cerebral adquirida*

Formulario 818B

Versión de: Mayo de 2008

### **Aviso de privacidad:**

La información que proporcione se utilizará para determinar su elegibilidad para los servicios de la división. Únicamente la utilizará el DHHS y, de ser necesario, una persona o entidad contratada por el DHHS. Sin estos datos, no podemos tomar una decisión. Estos datos forman parte de la serie de registros: 15376.

### **Decisión informada:**

He recibido una copia de la hoja informativa, que proporciona información sobre los servicios de los programas de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad y los Servicios de Residencia para Ancianos (ABI). Entiendo que puedo solicitar más información y que puedo contactar a cualquiera de las entidades incluidas en la hoja informativa para obtener más información. Si mi situación cambia en el futuro, entiendo que tengo la libertad de elegir otra opción si cumplo con los requisitos para recibir los servicios.

Se me ha informado que puedo elegir entre un servicio de Exención Basado en el Hogar y la Comunidad o Servicios de Residencia para Ancianos para personas con Lesiones Cerebrales Adquiridas (Acquired Brain Injuries, ABI). Entiendo las opciones de servicio lo suficiente como para tomar una decisión informada sobre qué servicios son los más adecuados para mi situación, y elijo:

- Servicios de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad
- Servicios de Residencias para Ancianos (ABI)

## **Firmas**

### **PERSONA**

Firma:

Fecha:

### **COORDINADOR DE APOYO**

Firma:

Fecha:

### **REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA**

Firma:

Fecha: