



**SERVICIOS BASADOS EN HOGAR Y COMUNIDAD PARA INDIVIDUOS
CON DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO**

SELECCIÓN DE SERVICIOS DE APOYO

Yo, _____, o mi tutor, _____,
Nombre del Individuo Nombre del Tutor

he sido informado por _____ de _____
Nombre del empleado Agencia ISC

el _____ que soy elegible para servicios con fondos de medicaid para individuos con discapacidades del desarrollo.
(Fecha)

Yo entiendo que puedo seleccionar apoyos y servicios en la comunidad disponibles por medio de un programa de exoneración - Servicios Basados en el Hogar / Comunidad o buscar una colocación en una institución de cuidados inmediatos para individuos con discapacidades del desarrollo (ICF/DD). Si selecciono servicios y apoyo en la comunidad, yo entiendo que se requerirá que garantice acceso razonable a mi hogar a los empleados de la agencia PAS/ISSA, empleados de las agencias que proveen servicios y empleados de agencias del estado, como sea necesario, para poder cumplir con los requisitos federales relacionados a salud y bienestar de individuos con discapacidades del desarrollo registrados en el programa de exoneración de Medicaid.

Yo selecciono apoyos y servicios en la comunidad por medio del programa de exoneración - Servicios Basados en la Comunidad / Hogar, o

Yo selecciono colocación en un ICF/DD.

Me han explicado estas opciones con suficientes detalles para poder hacer una selección informada. Antes de tomar mi decisión, me dieron la oportunidad de visitar varias zonas residenciales. También entiendo que puedo cambiar mi selección de apoyos y servicios en el futuro.

Nombre Impreso del Individuo

Firma del Individuo

Fecha

Nombre Impreso del Guardián

Firma del Guardián

Fecha

Firma del Individuo

Nombre Impreso del Testigo

Firma del Testigo

Fecha