



Estado de Illinois  
 Departamento de Servicios Humanos  
**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.
- Elijo una ubicación provisional en un ICF/DD, mientras sigo trabajando con el ISC para identificar una ubicación de exención. El personal de la Región DDD ha sido notificado.

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

\_\_\_\_\_  
 Nombre Impreso del Testigo

\_\_\_\_\_  
 Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
 Fecha