

DOCUMENTAZIONE DELLE SCELTE

A) *SCELTA O RINUNCIA DI HCBS:*

Io sottoscritto _____ (Richiedente) sono stato messo al corrente della mia idoneità a ricevere l'assistenza necessaria mediante l'ammissione in una struttura di cura intermedia (Intermediate Care Facility, ICF) o l'utilizzo di servizi domiciliari all'interno del programma abitativo o di condivisione abitativa (Home and Community Based Services, HCBS). Nel prosieguo, la mia preferenza.

_____ Ho scelto HCBS _____ Non ho scelto HCBS

B) *SCELTA DEL COORDINATORE DEL SERVIZIO:*

Coordinatore del servizio* scelto:

Nome: _____

Agenzia fornitrice di assistenza: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

*Per coordinatore del servizio approvato si intende una persona che soddisfi le specifiche previste per il Coordinatore di servizio.

C) *CERTIFICAZIONE DI SCELTA CONSAPEVOLE:*

_____ (Coordinatore del servizio) mi ha informato in merito alle alternative possibili** riguardanti il fornitore/i del servizio di assistenza, compresi i servizi di coordinamento del servizio.

** Il Richiedente ha diritto a modificare la propria scelta in qualsivoglia momento.

D) *FIRME:*

(Firma del Richiedente/Data)

(Firma del Coordinatore del servizio/Data)

(Firma dell'Avvocato/Data)

(Firma del Rappresentante OPWDD/Data)