

Solicitud de un representante autorizado (Según se define en 25.5-10-202 (1.3) C.R.S.)

Autorizo que (Nombre): _____ actúe como mi representante en los asuntos correspondientes a los servicios y apoyos que se me proporcionan a través de Developmental Pathways, Inc. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, verbalmente o por escrito. Esta autorización se limita a un año a partir de la fecha de las firmas de abajo. Los elementos firmados con iniciales y marcados con un círculo abajo se incluyen en esta autorización.

_____ Invitación a: *(marque todos los que apliquen)*: Reunión anual del plan de servicio
 Reuniones de mi equipo interdisciplinario realizadas por mi bienestar durante el año
 Invitado a las reuniones de mi equipo sólo según mi petición

_____ Copias de documentos: *(marque todos los que apliquen)*: Plan de servicio
 Meta(s) individualizada(s)
 Resumen de reuniones del equipo interdisciplinario

_____ Copias de avisos de cambios importantes en mis servicios y apoyos o metas del plan de servicio

_____ Copias de reportes de incidentes (especifique): _____

_____ Comunicación entre mi Representante Autorizado y: *(marque con un círculo una o más opciones)* mi administrador de casos; mi coordinador de apoyo; mi enfermero; mi supervisor del programa; relacionado con cualquiera de los anteriores.

(No se permite copiar documentos terceros. Sólo el autor del documento tiene la autoridad a entregar esos documentos. Developmental Pathways proveerá información sobre cómo obtener documentos terceros.)

Quiero que mi Representante Autorizado mantenga lo que digo, y todo lo que aprenda de mí, confidencial y que no comparta la información con nadie a menos que yo le dé permiso. Tengo entendido que, aunque la(s) persona(s) nombrada(s) arriba se ha(n) designado como mi Representante Autorizado, esto no cambia mi papel ni mis derechos con respecto a mi completa y continua participación y mis opciones en planear mis servicios, apoyos y modificaciones al plan.

Nombre de el Individuo que recibe los servicios y fecha de nacimiento

Firma del Cliente/Tutor Legal/Padre de un Menor

Nombre (en letras de molde)

Fecha

Firma del Administrado de Casos

Nombre del Administrado de Casos (en letras de molde)

Fecha

Aceptación de Designación de Representante Autorizado

Acepto la designación de actuar como Representante Autorizado según la descripción anterior por un año. Yo entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, verbalmente o por escrito, por la persona que pide que yo sea su Representante Autorizado.

Firma del Representante Autorizado

Nombre del Representante Autorizado (en letras de molde) Fecha

Firma del Administrador de Casos

Nombre del Administrado de Casos (en letras de molde) Fecha