

注意：

本表格必须返还给服务协调员，以完成提供者选择流程。在收到服务协调员的最终通知后，服务才会开始。

本人明白，作为上述豁免计划的申请者/参与者，本人必须从随附的获批豁免服务提供者机构列表中选择提供一个提供者。本人已被建议在选择前与提供者进行面谈。本人明白，提供者将协助本人制定和实施反映本人意愿和需求的详细计划，维护本人健康和福利，并监督服务的质量和适当性。

本人亦明白，本人可随时变更提供者机构，且仍有资格参与豁免计划。

本人已从获批的提供者机构列表中选择：

提供者机构名称 _____ 电话 _____

提供者地址 _____

本人向该提供者机构申请以下服务：

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

申请者姓名 _____

申请者签名 _____ 日期 _____

申请者地址 _____

法定监护人签名（如适用） _____ 日期 _____

授权代表签名（如适用） _____ 日期 _____

由提供者机构填写：

Provider Agency _____

will provide all of the above listed services is unable to provide the following service(s):

Because: _____

will not provide any of the above listed services

Because: _____

Service Coordinator Signature _____ Date _____

地区资源开发专员签名 _____ 日期 _____