

NHTD TBI

NOTA:

Este formulario se debe entregar al coordinador de servicios para completar el proceso de selección de proveedor. Los servicios no pueden comenzar hasta que el coordinador de servicios reciba el informe final.

Entiendo que, como solicitante/participante de la exención indicada arriba, debo elegir un proveedor de la lista adjunta de agencias de proveedores de servicios de exención aprobadas. Me animaron a que entrevistara a los proveedores antes de tomar una decisión. Entiendo que el proveedor me ayudará con el desarrollo y la implementación de un plan detallado que refleje mis deseos y necesidades, mantenga mi salud y bienestar, y supervise la prestación de servicios en cuanto a la calidad e idoneidad.

También entiendo que puedo cambiar mi agencia proveedora en cualquier momento y seguir siendo elegible para la exención.

De la lista de agencias aprobadas, elegí:

Nombre de la agencia proveedora: _____ Teléfono _____

Dirección del proveedor _____

De esta agencia proveedora, solicito los siguientes servicios:

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

Nombre del solicitante _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Dirección del solicitante _____

Firma del tutor legal (si corresponde) _____ Fecha _____

Firma del representante autorizado (si corresponde) _____ Fecha _____

Sección que debe completar la agencia proveedora:

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 _____

Firma del especialista regional en el desarrollo de recursos _____ Fecha _____