

EXENCIÓN DE APOYOS

Selección del Modelo de Servicio / Forma para Cambio

Fecha

Nombre del Participante:

Agencia CSC:

CSC:

Email Agencia CSC:

Email CSC:

Teléfono Agencia CSC:

Teléfono CSC:

Escojo participar en el siguiente Modelo de Servicios de Exención de Apoyo

Participante Dirigido *someter a RO*

Basada en Agencia *y mantener en el archivo del participante*

Solicito un cambio en los Modelos de Servicio de Exención de Apoyo

Actualmente soy:

Participante Dirigido

Basado en Agencia

Me gustaría cambiar a:

Participante Dirigido

Basado en Agencia

- Entiendo que necesito participar en un proceso de clausura para mi presupuesto actual y transferir mis fondos existentes, un servicio a otro.
- Los servicios tienen que finalizar en la fecha de servicio acordada mediante el modelo de servicio actual.
- Los servicios no pueden comenzar hasta que un ISP/Presupuesto aprobado, empleados, proveedores, y entrenamientos sean puestos en su lugar.

Fecha de finalización de los servicios mediante el modelo actual

Fecha

Fecha que mis servicios comenzarán mediante el modelo de servicio

Fecha

Gastos Verificados del Presupuesto en el modelo de servicio actual:

Cantidad Verificada del Presupuesto transferida al nuevo modelo de servicio:

Para la selección inicial y cambio en los Modelos de Servicio para Participante Dirigido, someta con esta forma, una copia de la FORMA DE REGISTRO DEL EMPLEADOR/MIEMBRO cuando fue sometida a FMA

Nombre del EOR:

Email del EOR:

Número de Teléfono del EOR:

Firma del Participante y Fecha

Firma del Representante Legal del Participante y Fecha

Nombre del Participante (letra de molde)

Nombre del Representante Legal del Participante (letra de molde)

Para DDS # Omnicaid

Región _____

Portal FMA

Entrenamiento DDS

**SOMETA ESTA FORMA A LA OFICINA REGIONAL DDS
SERVICIO DE EXENCIÓN DE APOYOS, SELECCIÓN DE MODELO Y FORMA DE CAMBIO V1
DIVISIÓN DE APOYOS A LAS DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO**
