

Consumer Directed Attendant Support Services (CDASS) Designación del representante autorizado

Los miembros de Health First Colorado pueden elegir un representante autorizado (AR, en inglés) para ayudarles con las tareas y beneficios de Consumer Directed Attendant Support Services (servicios de ayuda de asistentes dirigidos por el consumidor, CDASS), si es que el miembro está inscrito en una exención que ofrece CDASS. Los miembros pueden cambiar su AR en cualquier momento. Si el miembro quiere cambiar de AR, deben trabajar junto al administrador del caso para hacer el cambio. Se deberá completar este formulario cada vez que el miembro cambie de AR.

Representante autorizado: Una persona que elige el miembro o su tutor legal. El AR debe tener el criterio y la capacidad para ayudar al miembro a obtener y usar los servicios. El nivel de participación del AR se decidirá después de su designación como AR. El AR no puede ser el asistente del miembro al mismo tiempo. Las leyes del estado que dictan las designaciones de los AR para CDASS se pueden ver en los Estatutos Revisados de Colorado CRS 25.5-6-1101.

Designación del representante autorizado

Por la presente, designo a la siguiente persona como mi AR mientras yo reciba beneficios de CDASS. Entiendo que mi AR hará estas cosas por mí:

- Completar y firmar formularios
- Asistir a capacitaciones
- Hacer presupuestos
- Planear y organizar los servicios de los asistentes

Si el médico del miembro escribió en el formulario de la declaración médica de las capacidades del consumidor que el miembro no puede administrar sus propios cuidados, el AR deberá encargarse de TODAS las tareas.

Información del miembro

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:		
ID de Health First Colorado:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa:		Teléfono celular:
Correo electrónico:		



Información del representante autorizado		
Nombre:	Relación: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No es un familiar	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Últimos 4 números del SSN:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa:	Teléfono celular:	
Correo electrónico:		
<input type="checkbox"/> Por favor, contáctenme por correo electrónico o mensaje de texto con actualizaciones sobre CDASS (podrían aplicarse tarifas estándar de la compañía telefónica)		

Declaración jurada del representante autorizado		
<p>Por la presente, acepto ser el representante autorizado del miembro arriba mencionado y entiendo mis responsabilidades y deberes. Además:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tengo como mínimo dieciséis años; b) Conozco al miembro desde hace por lo menos dos años; c) No he sido condenado por ningún delito de explotación, abuso o agresión a otra persona; y d) No tengo ninguna enfermedad mental, emocional o física que pueda dañar al miembro. 		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Firma del representante autorizado:</td> <td>Fecha:</td> </tr> </table>	Firma del representante autorizado:	Fecha:
Firma del representante autorizado:	Fecha:	

Firma del miembro o tutor legal:		
Persona que completó este formulario: <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Tutor legal (Si es el tutor legal, incluir los documentos correspondientes)		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Firma del miembro o tutor legal:</td> <td>Fecha:</td> </tr> </table>	Firma del miembro o tutor legal:	Fecha:
Firma del miembro o tutor legal:	Fecha:	
Si el miembro no puede firmar, otra persona puede ser testigo de la marca que el miembro hizo arriba.		
Nombre del testigo:		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Firma del testigo:</td> <td>Fecha:</td> </tr> </table>	Firma del testigo:	Fecha:
Firma del testigo:	Fecha:	

