<date>

<CDASS member/AR name>

<address>

<city, state zip>

  **Su presupuesto para los Servicios de Apoyo Concomitante Dirigido por el Consumidor (CDASS)**

**Tercera advertencia por exceso de gastos**

Estimado(a) <member/AR name>,

Esta carta resume la conversación que nosotros tuvimos el <date>. Si usted es el Representante Autorizado del miembro, por favor entienda que es su responsabilidad administrar apropiadamente el gasto de su asignación CDASS.

El estado de gastos mensuales del miembro que le envió su contratista de Servicios de Gestión Financiera (FMS) muestra que usted gastó demasiado dinero en <MONTH/YEAR>.

* Su presupuesto CDASS aprobado es de $<monthly allocation> cada mes hasta el final de su período de certificación el <MM/DD/YYY>.
* Usted gastó $<overspent amount>. Esto es <percent over> % más que su presupuesto y más de lo que usted acordó gastar cuando hablamos sobre su segundo aviso por exceso de gasto.

Usted debe tener a un Representante Autorizado (AR) porque ha gastado más que su presupuesto aprobado de CDASS tres veces, y un AR lo ayudará a mantenerse dentro de su presupuesto. Si usted ya tiene un AR, usted debe conseguir uno nuevo. Si usted necesita ayuda para encontrar a alguien que sea su AR, tanto yo como el Consumidor Directo para Colorado (CDCO) nosotros podemos ayudarlo. Un AR es alguien que usted elige para ayudarlo a obtener y utilizar sus servicios. Si usted tiene un tutor legal, su tutor legal elegirá al AR. La ley de Colorado sobre los AR se encuentra en los Estatutos Revisados de Colorado, Sección 25.5-6-1202.

Usted debe completar el formulario de asignación de AR en esta carta para obtener un AR. Su AR debe completar la orientación requerida de CDASS con el Consumidor Directo para Colorado (CDCO). Junto con esta carta está el formulario de asignación de AR requerido. Cuando lo reciba de vuelta, enviaré una referencia para la orientación de su AR con CDCO. CDCO se pondrá en contacto con ellos para programarlo.

Durante nuestra conversación, usted acordó nuevamente gastar menos cada mes para que su dinero dure hasta el final de su período de certificación.

* Usted acordó gastar no más de $<reduced monthly allocation> de <month> <year> a <month> <year>.

**Próximos Pasos**

☐ **Papeleo de AR.** Complete el formulario de asignación de AR adjunto y devuélvalo antes del <forms due date>. Esto es 10 días del calendario a partir de la fecha de esta carta.

☐ **Orientación de AR.** Asegúrese de que su AR programe su orientación de CDASS con CDCO antes del <orientation schedule due date>, que es 15 días del calendario a partir la fecha de esta carta. Su AR debe completar la orientación con CDCO dentro de los 60 días calendario desde <today’s date>.

[ ]  **Comprométase con su presupuesto reducido.** No gaste más de $<reduced monthly allocation> de <month> a <month> <year>. Si tiene un cambio inesperado en su condición, contácteme de inmediato para que podamos revisar sus necesidades de servicios.

**Información Importante**

Hay consecuencias graves si no completa los requisitos descritos en la sección de Próximos Pasos de esta carta. Si no hace estas cosas, será dado de baja de CDASS. Las reglas sobre esto están en el Código de Regulaciones de Colorado en el 10 CCR 2505-10 8.7514.O.

CDASS no es la única opción de entrega de servicios autodirigidos. El programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) ofrece los mismos tipos de servicios que CDASS, pero transfiere la responsabilidad del empleador de pagar a los asistentes y hacer el seguimiento del gasto a una agencia de IHSS. Si desea probar IHSS para mantener sus servicios autodirigidos, pero ya no quiere ser responsable de la gestión del presupuesto, por favor hágamelo saber.

 Por favor, envíe un correo electrónico o llámeme entre <CM office hours> > si tiene preguntas. Deje un mensaje si no me encuentra y le devolveré la llamada tan pronto como pueda.

Sinceramente,

<case manager name>

<case management agency name>

<case manager phone number>

<case manager email address>