

Community Living Assistance and Support Services (CLASS)

Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)

Selection Determination

Determinación de selección

San Angelo

Catchment Area/Área de servicio

I/Yo, _____, _____,
(Print Applicant's Name/Nombre del solicitante en letra de molde) (Area Code and Telephone No./Clave del área y teléfono)

choose the following as my CLASS provider agencies:

escojo a las siguientes agencias proveedoras de CLASS:

1. Choose one Case Management Services Agency (CMA) 2. Choose one Direct Services Agency (DSA)

1. Escoja una Agencia de servicios de administración de casos (CMA)

2. Escoja una Agencia de servicios directos (DSA)

CMA

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Agency/Agencia: Concho Valley Center for Human Advancement | d/b/a MHMR Services for the Concho Valley |
| | Telephone/Núm. de teléfono: (325) 658-7750 | 1020980 |
| <input type="checkbox"/> | Agency/Agencia: Daybreak Community Services Texas, LLC | |
| | Telephone/Núm. de teléfono: 817-447-2700 | 1027761 |
| <input type="checkbox"/> | Agency/Agencia: Healthcare Continuum, Inc. | |
| | Telephone/Núm. de teléfono: 325-223-9393 | 1015762 |

DSA

- | | | |
|--------------------------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> | Agency/Agencia: Caprock Home Health Services, Inc. | |
| | Telephone/Núm. de teléfono: 325-944-3666 | 1015837 |
| <input type="checkbox"/> | Agency/Agencia: Educare Community Living Corporation-Texas | |
| | Telephone/Núm. de teléfono: 325-942-8050 | 1021305 |

(Signature of Participant or Legally Authorized Representative)

(Date)

(Firma del participante o del Representante Legalmente Autorizado)

(Fecha)