Resumen de la Opción de Responsabilidad de Servicios (SRO)

Nombre de la persona	Núm. de Medicaid

Acuse de recibo de

“Usted decide: escoja cómo administrar sus servicios de ayudante personal”

Mi firma a continuación confirma que el administrador de casos me entregó la información que contiene la herramienta de selección de servicios "Usted decide: escoja cómo administrar sus servicios de ayudante personal”. Me explicaron todas las preguntas que tenía después de revisar el documento "Usted decide" y creo que tengo la información adecuada para tomar una decisión informada sobre la selección de una opción de prestación de servicios.

Entiendo que, bajo la opción SRO, soy responsable de la administración de la mayoría de las actividades diarias relacionadas con la prestación de los servicios de ayudante personal, incluso todas las "Responsabilidades de la persona bajo la SRO" detalladas en la Forma 1582-SRO-S, Opción de Responsabilidad de Servicios, Funciones y responsabilidades.

También entiendo que puedo comunicarme con el administrador de casos cuando quiera cambiar mi selección.

_____ _____
Firma de la persona o de la parte responsable Fecha

_____
Relación entre la parte responsable y la persona que recibe servicios

_____ _____
Firma del administrador de casos o del coordinador de servicios Fecha