Texas Department of Aging and Disability Services

Waiver Program/Programa opcional

Form 1577
December 2009

Personal Care Services Selection/
Selección de Servicios de Atención Personal

Name of Individual/Nombre de la persona	**CARE ID No./**Núm. de identificación	**Medicaid No./**Núm. de Medicaid
Address (Street, City, State, ZIP Code)/Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)		**Area Code and Telephone No./** Clave del área y teléfono

I understand that I have a choice in service delivery options for my services provided by an attendant.

I have been informed of the services available through the waiver program I have selected. The services I would receive through the waiver program will be identified on my waiver service plan.

I have also received information about services available through the Personal Care Services (PCS) program.

Providing that I meet the eligibility requirements, I have been given the choice of receiving services from the PCS program or receiving services from the waiver program. I choose to receive services as indicated below.

I am currently an applicant or participant receiving attendant care services in the following waiver program:

- ☐ **Community Living Assistance and Support Services (CLASS)**
- ☐ **Consolidated Waiver Program (CWP)**
- ☐ **Deaf-Blind with Multiple Disabilities (DBMD)**
- ☐ **Home and Community-based Services (HCS) program**
- ☐ **Texas Home Living (TxHmL) program**
- ☐ **Youth Empowerment Services (YES) program (only available to eligible residents of Bexar and Travis counties)**

Entiendo que puedo elegir entre varias opciones de prestación de servicios para los servicios que me brinda un ayudante.

Me han informado sobre los servicios disponibles por medio del programa opcional que seleccioné. Los servicios que recibiría por medio del programa opcional se identificarán en mi plan de servicios.

También recibí información sobre los servicios disponibles por medio del programa de Servicios de Atención Personal (PCS).

Siempre y cuando llene los requisitos de elegibilidad, me han dado la opción de recibir servicios del programa de PCS o del programa opcional. Elijo recibir los servicios como se indica a continuación.

Actualmente he solicitado o recibo servicios de atención de un ayudante del siguiente programa opcional:

- ☐ Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
- ☐ Programa Opcional Combinado (CWP)
- ☐ Programa Opcional de Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
- ☐ Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)
- ☐ Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL)
- ☐ Programa de Empoderamiento Juvenil (YES) (solo disponible para las personas que llenan los requisitos y que viven en los condados de Bexar y Travis)

I am currently receiving attendant care services from the PCS program/Actualmente recibo servicios de atención de un ayudante del programa de PCS: ..... ☐ **Yes**/Sí ☐ **No**/No

I am choosing to receive my services provided by an attendant in the following manner/ Elijo recibir los servicios de ayudante de la siguiente manera:

- ☐ **Solely through the Personal Care Services (PCS) program**
- ☐ **Solely through the waiver program indicated above**

- ☐ Solo por medio del programa de Servicios de Atención Personal (PCS)
- ☐ Solo por medio del programa opcional indicado antes

Signature – Individual/Legally Authorized Representative (LAR)/Firma de la persona o del representante legalmente autorizado	**Area Code and Telephone No. of LAR**/ Clave del área y teléfono del LAR	**Date**/Fecha

Signature – Agency Representative/Firma del representante del departamento	**Agency Name**/Nombre del departamento	**Area Code and Telephone No.**/Clave del área y teléfono	**Area Code and Fax No.**/ Clave del área y número de fax

Signature – Waiver Program Provider/Firma del proveedor del programa opcional	**Waiver Program Provider Name**/ Nombre del proveedor del programa opcional	**Component Code**/Código del componente	**Area Code and Telephone No.**/ Clave del área y teléfono	**Area Code and Fax No.**/ Clave del área y número de fax

Signature – DADS Program Representative/ Firma del representante del programa del DADS	**Title of DADS Program Representative**/Título del representante del programa del DADS	**Component Code**/Código del componente	**Area Code and Telephone No.**/ Clave del área y teléfono	**Area Code and Fax No.**/ Clave del área y número de fax