Departamento de Servicios
para Adultos Mayores y
Personas Discapacitadas de
Texas

Forma 1578-S
Diciembre de 2010

Acuerdo de copago del Fideicomiso Habilitado de Ingresos (QIT)

Nombre del solicitante cliente o del miembro	Núm. de Medicaid
Nombre del fiduciario	Cantidad total disponible cada mes del copago del QIT
Dirección postal del fiduciario	

Servicios comprados por medio del copago del QIT

Servicio específico comprado con el copago del QIT	Cantidad del Copago del QIT	Servicio Cuota por unidad	Unidades compradas	Cantidad del copago pagado al proveedor de servicios

Acuerdo de copago: entiendo que el fiduciario del Fideicomiso Habilitado de Ingresos creado en mi nombre tendrá que pagar directamente a los proveedores de servicios del Programa de Alternativas en la Comunidad (CBA) o de STAR+PLUS bajo la Exención 1915(c) (SPW) los servicios que se comprarán con mi copago. Entiendo que tengo que asegurarme de pagar el copago al proveedor antes del día 10 de cada mes en que recibo servicios de CBA o SPW. Acepto avisar al fiduciario de mi fideicomiso sobre este requisito y entiendo que dejar de hacer el copago, causará la terminación de mis beneficios de CBA o SPW y de Medicaid.

Solicitante/Cliente/Miembro/Persona responsable — Fecha

Nombre/Título o relación del testigo — Fecha

Reconocimiento de la firma del fiduciario — Fecha

Empleado del DADS — Fecha

Nota: si no firma este acuerdo ni el plan individual de servicios que se formuló tomando en cuenta el copago del QIT, se le negará la solicitud o los servicios de CBA o SPW.