

## Acuerdo de participación

Nombre	Núm. de Seguro Social	Núm. de identificación de CARE
--------	-----------------------	--------------------------------

### Usted debe saber que:

- El estado de Texas le agradece que participe en este proceso.
- Este es un proyecto muy importante que ayudará a los texanos en la transición de una institución a la comunidad.
- La participación es voluntaria.
- Si no participa en el proyecto, todavía podrá recibir servicios opcionales de Medicaid bajo la exención 1915(c) siempre y cuando llene los requisitos de elegibilidad.
- Estos servicios opcionales y de demostración pueden ayudarle con la transición del lugar donde está ahora a la comunidad.
- Puede salir del proyecto en cualquier momento. El Profesional Capacitado en Discapacidades del Desarrollo (QDDP) o coordinador de servicios le dará una forma que usted debe llenar y firmar para salirse del proyecto.
- Mathematica Policy Research ha sido contratada para evaluar el proyecto.
- El DADS le dará a Mathematica información sobre usted para que puedan evaluar el proyecto.
- Si usted participa en el proyecto, quizás alguien se comunique con usted para que conteste una encuesta.
- Cualquier información que Mathematica reúna sobre usted será confidencial y se usará solo para evaluar el proyecto.

### Quejas

Comuníquese con Steve Ashman, MFPD Project Director, P. O. Box 149030, Mail Code W-619, Austin, TX 78714-9030, o por correo electrónico a [steven.ashman@dads.state.tx.us](mailto:steven.ashman@dads.state.tx.us), o por teléfono al 512-438-4135.

### Consentimiento

Al firmar este consentimiento informado, usted está de acuerdo en participar en este proyecto. Le darán una copia firmada de esta forma de consentimiento para que la guarde.

### Reconocimiento del participante de MFPD

Firma del participante	Fecha en que se firmó
Dirección actual	Teléfono actual (con la clave del área)

### Reconocimiento del tutor o curador legal del participante de MFPD (si aplica)

Firma del tutor o curador	Fecha en que se firmó
Nombre en letra de molde	Teléfono (con la clave del área)

Dirección
-----------

### Reconocimiento del MFPD por el QDDP, o el coordinador de servicios de la autoridad local

Firma	Fecha en que se firmó
Nombre en letra de molde	Teléfono (con la clave del área)
Dirección	Fecha probable de alta
Nombre de la institución	Dirección de la institución

Envíe por fax el consentimiento informado llenado a: DADS – Living Options Specialist, 512-438-4605.