Residential Care or Assisted Living
Contribution Acknowledgement

To be eligible for Residential Care or Assisted Living through the Department of Aging and Disability Services, an individual is required to contribute to the cost of care by paying room and board and copayment, if applicable.

I understand that I am required to contribute to the cost of care to continue eligibility for Residential Care or Assisted Living through the Department of Aging and Disability Services.

I understand that if I refuse to pay the required contributions, the Department of Aging and Disability Services will begin procedures to terminate my Residential Care or Assisted Living.

I also understand that:

- *The facility may begin eviction proceedings.*
- *I cannot transfer to another contracted facility as long as the payment is not made to the current facility.*
- *If the service is terminated, and I reapply at a later date, I will be placed on the interest list and will have to wait to receive Residential Care or Assisted Living.*

_____ Signature – Individual or Responsible Party

_____ Date

_____ Signature – Case Manager

_____ Date

I, _____ , was present when the requirement to contribute to the cost of care and the consequences for refusing to contribute stated above were explained to _____.

_____ Signature – Witness

_____ Date

Atención residencial o asistencia con la vida diaria

Reconocimiento de la contribución

Para llenar los requisitos de atención residencial o servicios de asistencia con la vida diaria por medio del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas, se exige que la persona contribuya al costo de la atención pagando cuarto, comida y copagos, si aplica.

Entiendo que tengo que contribuir a los costos de la atención para seguir llenando los requisitos para los servicios de atención residencial o de asistencia con la vida diaria por medio del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas.

Entiendo que si me niego a pagar las contribuciones exigidas, el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas iniciará el proceso para cancelar los servicios de atención residencial o de asistencia con la vida diaria que recibo.

También entiendo que:

- *El centro puede iniciar el proceso de desalojo.*
- *No puedo cambiarme a otro centro bajo contrato hasta que no se realice el pago al centro actual.*
- *Si se cancelan los servicios, y yo los vuelvo a solicitar en una fecha posterior, se anotará mi nombre en la lista de interesados y tendré que esperar para recibir servicios de atención residencial o de asistencia con la vida diaria.*

_____ _____
Firma de la persona o persona responsable Fecha

_____ _____
Firma del administrador de casos Fecha

Yo,_____ , estuve presente cuando se explicó el requisito de contribución al costo de la atención y las consecuencias de la negación a la contribución indicada anteriormente a _____.

_____ _____
Firma del testigo Fecha