



(Individual's Name and Address)

--	--

Programa de Alternativas en la Comunidad  
**Aviso de decisión**

Nombre de la persona	Nombre de la persona responsable
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Clave del área y teléfono
<input type="checkbox"/> Sí, me gustaría solicitar los servicios del Programa de Alternativas en la Comunidad (CBA). Por favor, comuníquese conmigo para hacer una cita para determinar si lleno los requisitos.	
<input type="checkbox"/> No, ya no me interesan los servicios del Programa de Alternativas en la Comunidad. Por favor, borren mi nombre de la lista de interesados.	
<input type="checkbox"/> No estoy interesado en los servicios del Programa de Alternativas en la Comunidad por el momento, pero me gustaría que se colocara mi nombre otra vez al final de la lista de interesados del Programa de Alternativas en la Comunidad, para que se comuniquen conmigo otra vez en el futuro.	
<p><b>Esta solicitud se tiene que llenar y devolver al contacto del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas a más tardar el .....</b></p> <p><b>Si no devuelve este aviso para la fecha indicada, su nombre será retirado de la lista de interesados y no se tomará ninguna medida adicional al respecto. Si esto ocurre, usted puede solicitar que su nombre se coloque nuevamente al final de la lista de interesados del Programa de Alternativas en la Comunidad.</b></p>	

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona o la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor, envíe la forma a su administrador de casos designado:

Nombre del administrador de casos	Clave del área y teléfono
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Núm. de fax