

<b>Formulario de traslado de la Agencia de Servicios de Administración Financiera (FMSA): Servicios autodirigidos</b> (A completar por la persona, la madre/el padre/tutor y el coordinador de apoyo)			
Nombre del/de la participante de la exención:		Número de Medicaid:	ID de autorización:
Representante de la coordinación de apoyo:		Enlace de autodirección:	Exención para HCBS:
Nombre del empleador registrado:		Fecha:	Región:

La autodirección está diseñada para que la prestación de servicios sea lo más flexible posible para las personas y sus familias, y para garantizar que las personas que se autodirigen puedan ejercer la máxima libertad de elección y control sobre sus servicios y apoyos. La autodirección es un modelo de prestación de servicios en el que la persona tiene la máxima capacidad de elección y control sobre cómo, cuándo, dónde y quién le presta los servicios y apoyos.

Marque Sí o No indicando su acuerdo o desacuerdo con lo siguiente y su confirmación:			
1	Recibí información sobre la opción de autodirigir mis servicios, así como información sobre agencias de servicios de apoyo certificadas.	SÍ	NO
2	Entiendo que tengo derecho a elegir el proveedor para cada uno de mis servicios de la Exención para servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS).	SÍ	NO
3	Recibí y leí el folleto ALLIED de la FMSA.	SÍ	NO
4	Recibí y leí el folleto de Public Partnerships LLC (PPL) de la FMSA.	SÍ	NO
5	Comprendo mis funciones y responsabilidades al recibir servicios autodirigidos a través de cada FMSA.	SÍ	NO
6	Decido voluntariamente trasladarme de ___ a _____ Fecha prevista de entrada en vigor: _____		
7	Entiendo que los traslados de la FMSA solo se permiten al inicio del trimestre ( <b>1 de enero, 1 de abril, 1 de julio, 1 de octubre</b> ) y <u>solo una vez al año</u> (debido a la normativa fiscal federal).	SÍ	NO

Entiendo que, debido al proceso de traslado, los ahorros presupuestarios no serán accesibles durante 60 días. Con mi firma confirmo y acepto el traslado de la FMSA.

Firma del/de la participante de la exención \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del empleador registrado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante del ADMH \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_