

Programa de autodeterminación

Proveedor de servicios/acuerdo de participante

PLANTILLA

Nombre del participante _____ Número de UCI _____

Fecha de nacimiento _____

Centro Regional _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor de servicios o compañía

Dirección _____

Teléfono _____

Lista de los servicios acordados:

Fecha de inicio de este acuerdo _____

Días y horas del acuerdo _____

Horas de trabajo por semana _____

Tarifa de pago _____

El proveedor de servicios y el participante acuerdan y reconocen:

- Proporcionar un aviso por adelantado de _____ (horas/días) para cancelar/reprogramar citas.
- El proveedor de servicios acuerda acomodar los cambios en el calendario si es posible. Si se trata de un cambio permanente, se debe crear un nuevo acuerdo.
- El proveedor de servicios se compromete a proporcionar un informe de progreso o un breve resumen del servicio prestado, si así se solicita. El informe o resumen debe proporcionarse al participante cada semana / mes / trimestre / año (circule todo lo que aplique).
- Al trabajar con una agencia o proveedor de servicios, el participante tiene el derecho de elegir qué trabajador le proporcionará servicios.
- El participante tiene derecho de cambiar los proveedores de servicios en cualquier momento.

Este acuerdo permanecerá en vigencia hasta que sea cancelado por el participante o el proveedor de servicios. Todas las partes entienden que el participante se ha inscrito voluntariamente en el programa de autodeterminación y puede decidir abandonar el programa en cualquier momento. Si el participante sale del programa de autodeterminación, este acuerdo terminará. Cualquier cambio en este acuerdo debe hacerse por escrito.

_____ Fecha
Participante

_____ Fecha
Proveedor de servicios/representante de la empresa

_____ Fecha
Tutor legal/conservador (si corresponde)

Recibido por: Centro regional
Recibido por: FMS

Fecha
 Fecha