Fecha:

Asunto:Inscripción en la Exención de Servicios Basados en el Hogar y La Comunidad de Medicaid

Estimado(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usted, o la persona que usted está legalmente autorizado para representar, ha sido identificado como elegible para la Exención de Servicios Basados en el Hogar y La Comunidad (HCBS) para Personas con Discapacidades del Desarrollo. \*Este programa le permite a el Estado de California recibir fondos del Gobierno Federal para ayudar a pagar por los servicios que usted o la persona que representa, recibe a través del sistema del Centro Regional..

Al participar en este programa, usted le estará ayudando al Estado de California obtener fondos críticos para mantener la calidad en la entrega de servicios para todos los consumidores durante estos tiempos económicos difíciles.

Adjunto se encuentra la Declaración del Consumidor sobre su Elección de Servicios/Arreglos de Vivienda de Medicaid ("Declaración de Elección") para que la firme como parte de su inscripción. Al firmar la Declaración, usted está de acuerdo en formar parte de este programa de Exención de HCBS y está comunicando que le gustaría vivir en la comunidad, tal como se indica en la Sección III del formulario adjunto.

También revisará conmigo, su coordinador de servicios, la Forma de Revisión Anual Estandarizada (SARF) que refleja los avances en los objetivos de su Plan de Programa Individual (IPP) como parte de los requisitos para participar en este programa.

Atentamente,

Coordinador de Servicios

Adjunto: Declaración de Elección

Sobre Estampado