



Acuerdo de Toma De Decisiones Con Apoyo

Según la ley de toma de decisiones con apoyo:

Un **Ayúdate** es un adulto que ha llegado a un acuerdo con un Director.

Un **Director** es un adulto con discapacidad intelectual/discapacidad de desarrollo que busca entrar o ha llegado a un acuerdo con un Ayudante.

Información importante para el Ayudante: Deberes

Si acepta brindar apoyo al Director, tiene el deber de:

1. Actuar de buena fe
2. Actuar dentro de la autoridad otorgada en este acuerdo
3. Actuar lealmente y sin interés propio y
4. Evitar conflictos de intereses

Nombramiento de Ayudante

Yo _____ (insertar el nombre del Director) hago este acuerdo por mi propia voluntad.

Estoy de acuerdo y designo a la siguiente persona como mi Ayudante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Mi Ayudante va a ayudarme a tomar decisiones por mi mismo y puede ayudarme con tomar decisiones de la vida diario relacionadas con la siguiente (solo artículos iniciados por el Director):

- _____ Obtener comida, ropa y casa
- _____ Cuidando mi salud físico y emocional
- _____ Administrando mis asuntos financieros
- _____ Solicitando beneficios públicos
- _____ Ayudándome a encontrar trabajo
- _____ Asistiendo con servicios residencial
- _____ Ayudando con la escuela
- _____ Ayudándome a defender me
- _____ Otro describir _____

Mi Ayudante no está autorizado a tomar decisiones por mi. Para ayudarme con mis decisiones mi Ayudante puede:

1. Ayudarme a acceder, recopilar o obtener información relevante para una decisión, incluidos los registros médicos, psicológicos, financieros, educativos, de vivienda y de tratamiento.
2. Ayudarme a entender mis opciones para que pueda tomar una decisión informada y
3. Ayudarme a comunicar mis decisiones a las personas adecuadas.

Quiero que mi ayudante tenga: (solo artículos con los iniciales del Director)

_____ Un comunicado que permite a mi Ayudante ver información médica protegida bajo la ley de Health Insurance and Accountability Act de 1966, y/o información confidencial bajo la ley Mental Health & Developmental Disabilities Confidentiality Act y/o para ver los registros de abuso de sustancias a bajo de la ley Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records regulaciones, se adjunta.

_____ Un comunicado que permite a mi Ayudante ver los registros educativos Bajo la ley de Family Educational Rights and Privacy Act de 1974 y la ley de Illinois School Records Act se adjunta.

Este acuerdo de toma de decisiones con apoyo entra en vigencia de inmediato y continuara hasta: _____ (insertar fecha) o hasta que mi Ayudante o yo Rescindamos el acuerdo o aplicación de la ley.

Firmado este _____ día de _____ 20_____

Firma del Director

Nombre Imprimido del Director

Consentimiento Del Ayudante

Yo, _____ (Nombre de Ayudante) do mi consentimiento para actuar como Ayudante en virtud de este acuerdo.

Firma del Ayudante.

Nombre Imprimido Del Ayudante

Firma de Testigo Numero 1

Nombre Imprimido Del Testigo 1

Firma de Testigo Numero 2

Nombre Imprimido Del Testigo 2

Advertencia: Protección Para Adultos Con Discapacidad

Si una persona que recibe una copia de este acuerdo o es consciente de la existencia de este acuerdo tiene cause para creer que el adulto con discapacidad esta abusado, descuidado, o explotado por el Ayudante la persona deberá informa el alegado abuso, negligencia o explotación a la línea directa de Servicios de Protección Para Adultos:

1-866-800-1409 o 1-888-206-1327 (TTY)

Este formulario no pretende excluir otras formas o acuerdos que identifiquen el director, el ayudante y los tipos de apoyo.