

**Administración de Discapacidades del Desarrollo**  
**Exención de servicios en el hogar y comunitarios**  
**Libre elección**

Nombre de la persona \_\_\_\_\_  
(PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

Entiendo que existen distintos servicios para los que podría ser elegible, lo que incluye servicios:

1. En la comunidad mediante una exención de servicios en el hogar y comunitarios;
2. en un Centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID, por sus siglas en inglés); y
3. en un centro de enfermería/rehabilitación autorizado.

**Marque su elección en cuanto a los servicios que recibirá:**

- Elijo recibir servicios en el hogar y comunitarios de acuerdo con el programa de Exención de Medicaid regido por la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, por sus siglas en inglés) de Maryland.
- Elijo recibir servicios en un centro (ICF/IID).
- Elijo recibir servicios en un centro de enfermería/rehabilitación autorizado.
- Elijo no recibir servicios por el momento.
- Elijo continuar en el siguiente programa de servicios en el hogar y comunitarios por el momento - \_\_\_\_\_.

\*\*\*\*\*

**Reconocimiento de la elección de la exención del modelo de prestación de servicios:**

Las exenciones de Medicaid reguladas por la DDA ofrecen dos modelos de prestación de servicios, lo que incluye los servicios autodirigidos y los servicios gestionados por el/la prestador/a o de forma tradicional.

**Marque su elección en cuanto a los servicios que recibirá:**

- Servicios gestionados por proveedores tradicionales
- Servicios autodirigidos

**Reconocimiento de los distintos servicios de exención y prestadores/as:**

- Entiendo que tengo derecho a elegir quién brindará mis servicios y cómo y dónde se brindarán.
- Me han informado los distintos servicios de exención disponibles y los/as diferentes prestadores/as autorizados/as por la DDA, y me han informado cómo funciona cada modelo de servicio y los beneficios que ofrece cada uno.

- Me han informado mi derecho a elegir los servicios y prestadores/as que cubren mis necesidades y son acordes a mis preferencias.
- Entiendo que para recibir y continuar recibiendo servicios de exención en el hogar y comunitarios, debo cumplir con todos los requisitos de elegibilidad del programa de Asistencia Médica y del programa de Exención de la DDA de Maryland.

Firma: \_\_\_\_\_  
Persona \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

O

Firma: \_\_\_\_\_  
Representante legalmente autorizado o Tutor/padre (si corresponde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
Coordinador/a de servicios comunitarios \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Libre elección  
Revisado el 17 de enero del 2023