

GARANTÍAS DEL ACUERDO DE CONVIVENCIA PERSONALIZADA (IDLA)

Por favor, lea cada garantía, escriba sus iniciales donde se indica, y firme y feche el acuerdo.

1. _____ Yo entiendo que la División de Discapacidades del Desarrollo es responsable de proporcionar servicios de una manera económica. Si mis gastos son más de lo que la División puede pagar, es posible que tenga que buscar un lugar diferente para vivir.
2. _____ Yo entiendo que un Acuerdo de Convivencia Personalizada no es un entorno autorizado; por lo tanto, no está supervisado por la Oficina de Acreditación y Certificación (OLCR por sus siglas en inglés) del DES, el Arizona Department of Health Services (Departamento de Sanidad de Arizona, ADHS por sus siglas en inglés), ni cualquier otra agencia acreditante.
3. _____ Yo entiendo que debido a que esta no es un entorno autorizado, la División evalúa las horas y se tiene que crear y seguir un horario aprobado.
4. _____ Yo entiendo que soy responsable de buscar mi propia vivienda.
5. _____ Yo entiendo que soy responsable (y/o beneficiario) de pagar mi propio alquiler y todos los demás gastos.
6. _____ Yo entiendo que es mi responsabilidad (y/o beneficiario) de solicitar para los servicios públicos, cualquier ayuda que necesite de la comunidad, y pagar todos mis gastos.
7. _____ Yo entiendo que tengo que seguir los términos de mi contrato de arrendamiento.
8. _____ Yo entiendo que este es mi hogar, no el hogar de mi proveedor. Mi nombre o el nombre de la persona responsable está en el contrato de arrendamiento o en la escritura.
9. _____ Yo entiendo que puedo comprar un seguro para inquilinos si así lo deseo.
10. _____ Yo entiendo que mis compañeros de hogar y yo somos responsables de seleccionar a nuestros propios compañeros de hogar. La División puede proporcionar información sobre otras personas que buscan compañeros de hogar, si está disponible.
11. _____ Yo entiendo que si un compañero de hogar decide mudarse, mi(s) compañero(s) de hogar y yo somos conjuntamente responsables de encontrar un nuevo compañero de hogar.
12. _____ Yo entiendo que mis compañeros de hogar y yo somos conjuntamente responsables de elegir un proveedor de servicio contratado por la DDD.

Nombre del miembro (*Escriba en letra de molde*): _____

Firma del miembro o de la persona responsable: _____ Fecha : _____

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office

_____, Mail Drop _____, _____, AZ _____

Teléfono _____ • Fax _____ • <https://des.az.gov/>