

ACUERDO DE TOMA DE DECISIONES CON APOYO

Este acuerdo está gobernado por la sección 14-5722 del estatuto del acuerdo de toma de decisiones con apoyo de Arizona, Estatutos Revisados de Arizona. Para el propósito de este acuerdo, "la persona que toma decisiones" significa un adulto con una discapacidad que firma un acuerdo con el fin de asignar a una persona para que sirva como apoyo para la persona que toma decisiones cuando éste toma ciertas decisiones que se enumeran en el acuerdo.

Propósito del acuerdo:

El propósito del acuerdo de toma de decisiones con apoyo es apoyar y ayudar a un miembro (persona que toma decisiones) para que tome decisiones y elija de manera informada ciertos aspectos de la vida diaria del miembro.

Función de la persona que provee apoyo:

Para ayudar a un miembro (la persona que toma decisiones), una persona que provee apoyo puede:

1. Ayudar al miembro a obtener información para poder entender las opciones disponibles.
2. Ayudar al miembro a entender las opciones para que pueda tomar las mejores decisiones personales.
3. Ayudar al miembro para que comunique sus decisiones a las personas y organizaciones adecuadas.

Información importante sobre los límites de este acuerdo para las personas que proveen apoyo

- A. No puede tomar una decisión por o en nombre del miembro.
- B. Ni usted ni ninguna organización para la que esté empleado o desempeñe como voluntario podrá recibir ningún apoyo financiero, remuneración o compensación, ya sea directa o indirectamente, por sus servicios y su función o relación como persona que apoya al miembro.
- C. Cuando acepta brindar apoyo a un adulto en virtud de este acuerdo de toma de decisiones con apoyo, tiene que y deberá:
 - Actuar de buena fe.
 - Actuar con lealtad hacia el miembro.
 - Actuar sin interés propio.
 - Evitar conflictos de intereses.
 - Dejar de servir como persona que provee apoyo en cuanto usted cuestione la capacidad del miembro para continuar tomando decisiones incluso con su apoyo.
 - Dejar de servir como persona que provee apoyo en cuanto el miembro o usted revoque el acuerdo de toma de decisiones con apoyo, o que el acuerdo se finalice como cuestión de ley.
 - Respetar las relaciones que el miembro tenga con amigos y familiares y no intentar aislar o alienar al miembro de esos amigos y familiares.

NOMBRAMIENTO DE LA PERSONA QUE PROVEE APOYO

Yo, _____, (*nombre del adulto, (la "persona que toma decisiones")*), estoy en mi sano juicio y firmo este acuerdo de manera voluntaria.

Mis discapacidades son (*describa brevemente*):

Escojo a _____ para que sea la persona que me provee apoyo.

Dirección de la persona que provee apoyo: _____

Número de teléfono de la persona que provee apoyo: _____

Correo electrónico de la persona que provee apoyo: _____

ROL Y LÍMITES DEL ROL DE LA PERSONA QUE PROVEE APOYO

La persona que me provee apoyo puede ayudarme con decisiones de vida sobre cada uno de los siguientes puntos que he marcado con una "X" (*marque los que correspondan*):

Obtener comida, ropa y un lugar para vivir. Sí No

Mi salud física y servicios médicos. Sí No

Mi salud mental y servicios de salud mental. Sí No

Administrar mi dinero o propiedad. Sí No

Obtener una educación y otra capacitación. Sí No

Elegir y conservar mis servicios y apoyos. Sí No

Encontrar un trabajo. Sí No

Otro (*especifique*): _____ Sí No

Las personas que proveen apoyo pueden ver mi información médica privada bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (P.L. 104-191) si primero elijo proveer una autorización firmada.

Sí No

Las personas que proveen apoyo pueden ver mis informes educativos bajo la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia de 1974 (Código 20 de los Estados Unidos, sección 1232g) si primero elijo proveer una autorización firmada.

Sí No

Este acuerdo entra en vigor cuando se firma y continuará hasta _____ (*fecha*) o hasta que la persona que me provee apoyo o yo finalicemos el acuerdo o el acuerdo se finalice por operación de la ley, incluido si es que me nombran un tutor.

FIRMA DEL MIEMBRO (PERSONA QUE TOMA LAS DECISIONES)

Firmado este _____ (día) de _____ (mes), _____ (año)

(Firma del miembro/persona que toma decisiones)

(Nombre impreso del miembro/persona que toma decisiones)

CONSENTIMIENTO DE LA PERSONA QUE PROVEE APOYO

Yo (nombre de la persona que provee apoyo), _____, doy mi consentimiento de actuar como la Persona que provee apoyo bajo este acuerdo.

(Firma de la persona que provee apoyo)

(Nombre en letras de molde de la persona que provee apoyo)

Este acuerdo debe firmarse frente a dos testigos o un notario público.

(Firma del testigo 1)

(Nombre en letras de molde del testigo 1)

(Firma del testigo 2)

(Nombre en letras de molde del testigo 2)

O

Notary Public/Notario público

State of/Estado de _____

County of/Condado de _____

This document was acknowledged before me on/Este documento fue presentado ante mí _____ (fecha) por

(Name of Decision-Maker/Nombre de la persona que toma las decisiones)

(Name of Supporter/Nombre de la persona que provee apoyo)

(Signature of Notary/Firma del notario)

(Printed Name of Notary/Nombre en letras de molde del notario)

(Seal, if any, of notary/Sello, si existe, del notario)

My commission expires/Mi comisión se vence el: _____

ADVERTENCIA: PROTECCIÓN PARA LA PERSONA CON DISCAPACIDAD QUE TOMA DECISIONES

Si una persona que recibe una copia de este acuerdo de toma de decisiones con apoyo o que tiene conocimiento de la existencia de este acuerdo tiene motivos para creer que quien toma las decisiones está siendo abusado, descuidado o explotado por la persona que lo apoya, la persona deberá denunciar el presunto acuerdo, abuso, negligencia o explotación al sistema de informes en línea del departamento de seguridad económica al llamar a los servicios de protección de adultos, a la línea directa de abuso de adultos o al llamar al departamento de policía local.

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