

## HABITACIÓN DE LA INSTALACIÓN DE CONVIVENCIA ASISTIDA

Nombre del miembro (*Apellido, nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_

Núm. de ID del AHCCCS: \_\_\_\_\_

Nombre del contratista de programa: \_\_\_\_\_

Entiendo que como un cliente de ALTCS que vive en una instalación de Convivencia Asistida, puedo optar por vivir solo o por tener un compañero de habitación.

Mi elección mientras permanezco en (*Nombre de la instalación de convivencia asistida*)

\_\_\_\_\_ es (*marque una selección a continuación*):

Habitación privada (una persona por habitación)

Habitación compartida (al menos 2 personas por habitación)

Habitación compartida hasta que se dispone una habitación privada

Entiendo que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento y todavía quedarme en esta instalación.

Nombre del miembro o persona responsable (*Escriba en letra de molde*): \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Firma del miembro o persona responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente, yo **CAMBIO** mi selección. Mi nueva preferencia es (*marque una selección a continuación*):

Habitación privada (una persona por habitación)

Habitación compartida (al menos 2 personas por habitación)

Habitación compartida hasta que se dispone una habitación privada

Nombre del miembro o persona responsable (*Escriba en letra de molde*): \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Firma del miembro o persona responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Original** – Habitación de la instalación de Convivencia Asistida, **Copia** – Miembro o Persona Responsable, **Copia** – Expediente de Administración de caso de ALTCS