

NHTD

TBI

ПРИМЕЧАНИЕ.

Для завершения процесса выбора поставщика услуг данную форму необходимо вернуть координатору услуг. Предоставление услуг не начнется, пока не будет получено окончательное уведомление от координатора услуг.

Я понимаю, что так как я являюсь заявителем/участником указанной выше альтернативной программы, мне необходимо выбрать поставщиков услуг из прилагаемого списка утвержденных учреждений по предоставлению услуг в рамках альтернативной программы. Прежде чем принять решение, мне было предложено провести собеседование с предложенными поставщиками. Я понимаю, что поставщики услуг будут помогать мне в разработке и реализации подробного плана, который будет отражать мои пожелания и потребности, поддерживать мое здоровье и благополучие, а также контролировать качество и целесообразность предоставления услуг.

Я также понимаю, что в любой момент могу сменить учреждение, предоставляющее услуги, но при этом сохраняю право на участие в альтернативной программе.

Из списка утвержденных учреждений по предоставлению услуг я выбираю следующее учреждение:

Название учреждения по предоставлению услуг

Номер телефона

Адрес учреждения по предоставлению услуг

Я хочу, чтобы указанное учреждение предоставило мне следующие услуги:

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Имя и фамилия заявителя

Подпись заявителя

Дата

Адрес заявителя

Подпись законного опекуна (если применимо)

Дата

Подпись уполномоченного представителя (если применимо)

Дата

Заполняется представителем учреждения по предоставлению услуг:

Provider Agency

will provide all of the above listed services is unable to provide the following service(s):

Because: _____

will not provide any of the above listed services

Because: _____

Service Coordinator Signature

Date

Подпись регионального специалиста по развитию ресурсов

Дата