



Acuerdo de Toma de Decisiones con Apoyo

Bajo la Ley de Toma de Decisiones con Apoyo:

Un **partidario** es un adulto que ha celebrado un acuerdo con un principal.

Un **principal** es un adulto con discapacidad intelectual o del desarrollo que busca celebrar o ha celebrado un acuerdo con un partidario.

Información importante para el partidario: Deberes

Si acepta brindar apoyo al principal, tiene el deber de:

- 1) actuar de buena fe;
- 2) actuar dentro de la autoridad otorgada en este acuerdo;
- 3) actuar lealmente y sin interés propio; y
- 4) evitar los conflictos de intereses.

Designación de un partidario

Yo, _____ (insertar el nombre del principal), hago este acuerdo por mi propia voluntad. Acepto y designo a la siguiente persona como mi partidario:

Nombre: _____

—

Dirección: _____

—

Número de teléfono: _____ de

Dirección _____ de _____ correo electrónico: _____

Mi partidario debe ayudarme a tomar decisiones por mí mismo/a y puede ayudarme a tomar decisiones de la vida cotidiana relacionadas con lo siguiente (elementos rubricados por el principal). Todos los demás elementos deben marcarse como “NA” para “No aplicable”.

_____ Obtener comida, ropa y refugio.

_____ Cuidar de mi salud física y emocional.

_____ Gestionar mis asuntos financieros.

_____ Solicitar beneficios públicos.

_____ Ayudarme a encontrar trabajo.

_____ Asistir con servicios residenciales.

_____ Ayudarme con la escuela.

_____ Ayudarme a defenderme.

_____ Otro, describa: _____

Mi partidario no puede tomar decisiones por mí. Para ayudarme con mis decisiones, mi partidario puede:

- 1) ayudarme a acceder, recopilar u obtener información que sea relevante para una decisión, incluidos registros médicos, psicológicos, financieros, educativos, de vivienda y de tratamiento;
- 2) ayudarme a comprender mis opciones para que pueda tomar una decisión informada; y
- 3) ayudarme a comunicar mi decisión a las personas adecuadas.

Quiero que mi partidario tenga (solo elementos rubricados por el principal)

_____ Una autorización que permite a mi partidario ver información médica protegida

bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, y/o información confidencial bajo la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo, y/o para ver registros de

abuso de sustancias bajo las regulaciones de Confidencialidad de Registros de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas.

_____ Una autorización que permite a mi patrocinador ver los registros educativos bajo la

Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974 y la Ley de Registros Escolares de Illinois que se adjunta.

Este acuerdo de toma de decisiones con apoyo entra en vigencia de inmediato y continuará hasta _____ (ingresar fecha) o hasta que mi partidario o yo lo rescindamos o por imperio de la ley.

Firmado este _____ día de _____, 20____

(Firma del principal)

(Nombre impreso del principal)

Consentimiento del patrocinador

Yo, _____ (nombre del patrocinador), consiento actuar como patrocinador bajo este acuerdo.

(Firma del patrocinador)

(Nombre impreso del patrocinador)

(Firma del testigo 1)

(Nombre impreso del testigo 1)

(Firma del testigo 2)

(Nombre impreso del testigo 2)

ADVERTENCIA: PROTECCIÓN PARA EL ADULTO CON DISCAPACIDAD

SI UNA PERSONA QUE RECIBE UNA COPIA DE ESTE ACUERDO O ESTÁ AL TANTO DE LA EXISTENCIA DE ESTE ACUERDO TIENE MOTIVOS PARA CREER QUE EL ADULTO CON DISCAPACIDAD ESTÁ

**SIENDO ABUSADO, ABANDONADO O EXPLOTADO POR EL
PROVEEDOR, DEBERÁ DENUNCIAR EL PRESUNTO ABUSO,
ABANDONO O EXPLOTACIÓN A LA LÍNEA DIRECTA DE SERVICIOS
DE PROTECCIÓN PARA ADULTOS:**

1-866-800-1409 O 1-888-206-1327 (teléfono de texto)

Este formulario no pretende excluir otros formularios o acuerdos que identifican al principal, al patrocinador y los tipos de apoyo.

GAC/07-21