

Identificación inicial de preferencias

Nombre de la persona que recibirá los servicios	Fecha de Nacimiento	Núm. del caso local
---	---------------------	---------------------

El representante de la Autoridad de Retraso Mental (MRA) le explicó al correspondiente primario los servicios y apoyos de la Autoridad de Retraso Mental.

Una vez llenada, esta forma sirve como documentación de las preferencias de servicios y apoyos, según se indica en esta forma.

Los servicios y apoyos se ofrecen según la disponibilidad. Si el servicio o apoyo preferido no está disponible dentro de 30 días después de identificarse, se añade el nombre de la persona a la lista de interesados del servicio o apoyo.

Si el nombre de la persona se añade a la lista de interesados del servicio o apoyo preferido, el correspondiente primario tiene la responsabilidad de mantener informada a la MRA de cualquier cambio en su información de contacto.

Indique las preferencias de la persona seleccionando por lo menos uno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS) El nombre de la persona se agregará a la lista de interesados de HCS.
<input type="checkbox"/> Centro Estatal para el Retraso Mental (SMRF) <i>(márquelo solo si la persona desea recibir el servicio dentro de los siguientes 30 días)</i> El proceso para determinar la elegibilidad de la persona comenzará inmediatamente.
<input type="checkbox"/> Centro de Atención Intermedia para Personas con Retraso Mental en la Comunidad (ICF/MR) <i>(márquelo solo si la persona desea recibir el servicio dentro de los siguientes 30 días)</i> El proceso para determinar la elegibilidad de la persona comenzará inmediatamente.
<input type="checkbox"/> Servicios de Apoyo en Casa y para la Familia para Personas con Retraso Mental (IHFS-MR) El proceso para determinar la elegibilidad para participar en el programa comenzará inmediatamente.
<input type="checkbox"/> Servicios y Apoyos de la MRA en la Comunidad <i>(márquelo solo si la persona desea recibir el servicio dentro de los siguientes 30 días)</i> La cita para determinar la elegibilidad será dentro de 30 días o se colocará el nombre de la persona en la lista de interesados para determinar la elegibilidad.

Fecha de la conversación (necesaria)

Correspondiente primario para la lista de interesados

Nombre (necesario)	Teléfono (necesario) () -
Dirección postal (necesaria)	Teléfono alternativo (necesario, si hay uno) () -

Firma del correspondiente primario (opcional)

Fecha (opcional)

Firma del representante de la MRA (necesaria)

Título del representante de la MRA (necesario)

Fecha (necesaria)