

Convenio sobre decisiones asesoradas

Este convenio se registrará a los que marca el artículo 1357- La Ley sobre Convenios sobre Decisiones Asesoradas del Código de Patrimonios de Herencia en Texas. La razón de este convenio es proporcionarle a las personas con discapacidades el apoyo y la posibilidad de auto-gobernarse con respecto a sus vidas, inclusive la de decidir dónde y con quién desean vivir; los servicios, apoyos y la atención médica que desean recibir y cuándo y dónde desean trabajar. Debe quedar claro que este convenio siempre podrá revocarse en cualquier momento que así lo desee uno u otro de las partes. Si llegase a ser que cualquiera de las partes, ya sea la persona con la discapacidad o su asesor, tuviere alguna duda sobre este convenio, se le recomienda que hable con un abogado para que se le asesore antes de firmarlo.

Nombramiento del Asesor

Por medio del presente _____ (nombre y apellido de la persona con la discapacidad) reconozco que decidí participar en este convenio en forma voluntaria.

Adicionalmente, he decidido que _____ (nombre y apellido del asesor) será mi asesor.

Domicilio del asesor: _____

Número de teléfono del asesor: _____

Dirección de correo electrónico del asesor: _____

Como asesor, él/ella podrá ayudarme tomar las siguientes decisiones cotidianas:

Sí ___ No ___ obtener comida, ropa y vivienda

Sí ___ No ___ cuidados médicos y de salud

Sí ___ No ___ cuidados de salud mental

Sí ___ No ___ manejar mis asuntos económicos, financieros y mis bienes

Sí ___ No ___ cuándo y si debo realizar estudios o capacitaciones adicionales

Sí ___ No ___ cuáles servicios y programas de apoyo deseo recibir y cómo mantenerlos

Sí ___ No ___ buscar empleo

Sí ___ No ___ alguna otra decisión: _____

A mi asesor no se le permite decidir por mí pero, para que yo pueda tomar la decisión más indicada, podrá:

1. ayudarme a reunir u obtener la información necesaria para que pueda tomar mis decisiones con respecto a mis cuidados médicos, mi atención psicológica, mis finanzas y mis estudios;
2. ayudarme comprender las opciones que tengo para que yo pueda tomar la decisión más indicada y
3. ayudarme a informar a las personas indicadas de la existencia y contenido de este convenio

Sí ___ No ___ Autorizo que mi asesor vea la información que la Ley de HIPAA del 1996 (Pub. L. No. 104-191) protege. Proporcionaré una autorización y finiquito por escrito.

Sí ___ No ___ Autorizo que mi asesor vea los expedientes académicos que la Ley sobre los derechos educacionales y de Privacidad de 1974 (20 U.S.C. fracción 1232g) ampara. Proporcionaré una autorización y finiquito por escrito. Este Convenio sobre decisiones asesoradas entrará en vigor día en que se firme y seguirá en vigor hasta _____ (indique la fecha) o hasta que yo o el asesor decidamos cancelarlo o se cancele por ley.

Firma del adulto con discapacidades

Nombre y apellido en letras de molde

RECONOCIMIENTO DEL ASESOR

Por medio del presente, yo, _____ (nombre y apellido del asesor) acepto desempeñar el cargo de asesor al que se me nombró por medio de este convenio.

Firma del asesor

Nombre y apellido en letras de molde

Este convenio deberá firmarse ante dos testigos o un *Notary Public* (funcionario notarial estadounidense).

Firma del primer testigo

Nombre y apellido en letras de molde

Firma del segundo testigo

Nombre y apellido en letras de molde

O

Notary Public (funcionario notarial estadounidense)

Estado de _____

Condado de _____

Hoy, el día _____ (fecha completa) ante mí comparecieron _____ (Nombre y apellido del adulto con discapacidades) y _____ (Nombre y apellido del asesor) y en verificación del contenido, lo firmaron.

Firma del primer testigo

Nombre y apellido en letras de molde

Sello del funcionario notarial (si aplica)

Mi cargo caduca el día ____ de _____ del ____

Personas que celebran este Convenio en español deberán también firma uno en inglés para uso con terceros.

ADVERTENCIA: PROTECCIONES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES

Toda persona que reciba o tenga conocimiento de este Convenio que llegue a creer que el Asesor está maltratando, abusando de, descuidando o explotando a la persona con discapacidades deberá denunciar dicho maltrato, abuso, descuido o explotación ante el Depto. de Conservación y Protección de Familias llamando al siguiente número gratuito: **1-800-252-5400** o deberá ingresar a la página **www.txabusehotline.org**.

OBLIGACIONES CON RESPECTO A ESTE CONVENIO

Toda persona que reciba este Convenio sobre decisiones asesoradas o una copia del mismo podrá valerse del mismo y no asumirá ninguna responsabilidad civil ni penal ni ha cometido una falta de ética profesional con respecto a cualquier acción o falta de acción que realice, siempre y cuando actúe de buena fe y esté cumpliendo con los dispuesto en este Convenio.