

Sobrevivo con la ayuda de mis amigos: decisiones asesoradas

Al autoriza una tutela, el juez determina que una persona con discapacidades no deberá gobernar ni tomar decisiones propias con respecto a su vida. Si se le somete a una tutela, su tutor decidirá *por usted*.

Al imponerle un tutor, usted no podrá ejercer los siguientes derechos, el de:

- tener una licencia de conducir
- escoger dónde quiere vivir
- decidir dónde trabajará
- votar
- casarse
- tomar decisiones médicas
- y otra más.



- Sí
- No
- Tal vez

The Arc of Texas considera que la mayoría de personas con discapacidades de desarrollo intelectual o físico (I/DD por sus siglas en inglés) no necesitan un tutor; o sea, la mayoría pueden tomar sus propias decisiones si cuentan con cierto asesoramiento lo cual implica que no hay que negarle sus derechos.

Todos necesitamos ayuda al tomar decisiones importantes y eso no implica que se nos debería negar nuestros derechos. Por medio de los Convenios de decisiones asesoradas, usted podrá decidir a quién confiarle el derecho de asesorarle en la toma de sus decisiones. Este asesor o ayudante puede ser uno de sus padres o un buen amigo.

Con un Convenio de decisiones asesoradas...

...su asesor PUEDE ayudarle a:

- entender qué opciones hay y el efecto de sus decisiones.
- obtener y entender toda información que le ayude saber qué decidir.
- Informar a los demás sobre que decidió

...su asesor NO PUEDE decidir por usted.

Este proceso le permite tomar sus propias decisiones pero con el apoyo de otro, o sea uno es más independiente.

Entonces, ¿cómo funciona? Sólo tiene que tomar los siguientes pasos:

1. identifique a las personas a quien confiarle la tarea de ayudarle tomar sus decisiones.
2. pregúnteles si estarían dispuestos a ser sus asesores.
3. determine con cuáles decisiones necesitará ayuda.
4. prepare un plan por escrito. Este plan será el Convenio de decisiones asesoradas (véase los ejemplos).
5. cuando le toque decidir algo y quiere ayuda, llame a su asesor(es) y ellos le ayudarán
6. ¡Lleve el convenio y su asesor consigo a la escuela, donde su médico, cuando vaya a alquilar vivienda, etc.!



Para más información llámenos al **1-800-252-9729**
o visite los siguientes portales electrónicos:

The Arc of Texas

<http://www.thearcoftexas.org/guardianship>

National Resource Center for Supported Decision-Making

<http://supporteddecisionmaking.org/>

Texas Guardianship Reform and Supported Decision Making

www.grsdm.org

Este boletín informativo se ha publicado utilizando fondos obtenidos por medio de la subvención *Developmental Disabilities Policy Fellow*. Esta subvención cuenta con fondos proporcionados por el consejo *Texas Council for Developmental Disabilities* que reparte fondos otorgados por la Agencia Administrativa especializada en Discapacidades Físicas e Intelectuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos estadounidense.

*\$67.500 (69%) fondos federales; \$30.865 (31%) fondos no federales



Tanto usted como su asesor puede utilizar este formulario para dejar claro cómo el asesor le ayudará.

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.