

8. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN INFORMADA POR EL PARTICIPANTE

Marque todos los servicios esenciales que correspondan **financiados por el CLTS Waiver** incluidos en el plan actual:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hogar familiar para adultos | <input type="checkbox"/> Descubrimiento y planificación de la carrera profesional* |
| <input type="checkbox"/> Cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Asesoramiento en materia de duelo y luto |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Salud y bienestar* |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a la comunicación para la inclusión en la comunidad* | <input type="checkbox"/> Tutoría |
| <input type="checkbox"/> Empleo integrado en la comunidad/competitivo | <input type="checkbox"/> Servicios de agentes (<i>broker</i>) de dirección para participantes y familias |
| <input type="checkbox"/> Servicios de integración en la comunidad | <input type="checkbox"/> Apoyos personales (excluyendo la atención domiciliaria rutinaria/los servicios de tareas domésticas/el control de plagas) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de asesoramiento y servicios terapéuticos | <input type="checkbox"/> Servicios de relevo (<i>respite</i>) |
| <input type="checkbox"/> Formación en habilidades para la vida diaria | <input type="checkbox"/> Planificación y prevención de la seguridad* |
| <input type="checkbox"/> Servicios diurnos | |

Los proveedores de los servicios indicados anteriormente que cumplan la definición de proveedor de servicios esenciales recibirán una copia de este documento (F-20445A), y se les pedirá que firmen y devuelvan una copia a la agencia de exención.

*Los componentes de este servicio pueden tener proveedores que cumplan con la definición de un proveedor de servicios esenciales.

9. FIRMAS DEL PROVEEDOR

Las agencias de exención deben indicar **uno** de los siguientes:

- Esta información se comparte con los proveedores de servicios que se agregaron recientemente al ISP del participante.
- Esta información se comparte con los proveedores de servicios en la revisión anual del participante.

Al firmar a continuación, los proveedores de apoyos y servicios del programa CLTS reconocen haber recibido una copia de este documento.

Nombre del proveedor (agencia)	Categoría de servicio (del campo 8)	
Nombre de la persona que firma (por favor, escriba en letra de molde)	FIRMA	Fecha de la firma