Acuerdo de Toma de Decisiones Apoyado desarrollado por Centro de Representación Pública

**Este es el Acuerdo de Toma de Decisiones Apoyado de**

Nombre: Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Teléfono: Correo electrónico:

1. Necesito apoyo(s) que me ayuden a tomar decisiones sobre:

Cuidar mis asuntos financieros, como el banco.

Contratar a un abogado si lo necesito y trabajar con el abogado

Mi atención médica, incluidas las decisiones grandes y pequeñas de atención médica

Cuidado personal (como dónde vivo, los servicios de apoyo que necesito, el manejo de las personas que trabajan conmigo, mi dieta, ejercicio, educación, seguridad y actividades)

Otros asuntos:

1. Espero que mi(s) partidario(s) me ayuden de las siguientes maneras:

Darme información de una manera que pueda entender

Discutir las cosas buenas y malas (pros y contras) que podrían suceder si tomo una decisión u otra

Decirle a otras personas mis deseos

1. Me expreso y muestro lo que quiero de las siguientes maneras:

Decirle a la gente mis gustos y disgustos.

Decirle a la gente lo que quiero y lo que no quiero hacer.

1. Designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para que formen parte de mi Red de Toma de Decisiones Apoyada para ayudarme a tomar decisiones.

**Partidario de red #1**

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico: Relación:

**Áreas de asistencia para el Partidario #1**: *Marque todo lo que corresponda*:

 **Finanza ** **Atención sanitaria ** **Arreglos de vivienda**

**Relaciones/Social ** **Empleo ** **Asuntos Legales**

 **Otro** (*Sírvase especificar)*:

**Áreas con las que no quiero que el Partidario #1 me ayude**:

**Partidario de red #2**

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico: Relación:

**Áreas de asistencia para el Partidario #2**: *Marque todo lo que corresponda*:

 **Finanza ** **Atención sanitaria ** **Arreglos de vivienda**

**Relaciones/Social ** **Empleo ** **Asuntos Legales**

 **Otro** (*Sírvase especificar)*:

**Áreas con las que no quiero que el Partidario #2 me ayude**:

**Partidario de red #3**

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico: Relación:

Relación:

**Áreas de asistencia para el Partidario #3**: *Marque todo lo que corresponda*:

 **Finanza ** **Atención sanitaria ** **Arreglos de vivienda**

**Relaciones/Social ** **Empleo ** **Asuntos Legales**

 **Otro** (*Sírvase especificar)*:

**Áreas con las que no quiero que el Partidario #3 me ayude**:

***Utilice el reverso de este documento para enumerar los partidarios adicionales****.*

1. **Si tengo más de un Partidiario** (Opcional, pero si no completa esta sección, sus partidarios actuarán "sucesivamente").

Mis partidarios actuarán (*Elige uno*)

 Juntos (trabajar juntos para ayudarme)

O

 Sucesivamente (Por ejemplo: El Colaborador #2 me ayuda si el Colaborador #1 no está disponible)

1. Entiendo que en cualquier momento puedo optar por poner fin a este acuerdo. Entiendo que en cualquier momento puedo elegir agregar, reemplazar o eliminar un partidario de la red.

Firma Fecha

1. Certificación Notarial

Estado de Massachusetts, Condado de

En este día de , 20 , ante mí, el notario público abajo firmante, apareció personalmente

(sello) Firma del Notario Público

1. Declaraciones de los partidarios de la red Partidario de red #1

Entiendo que como partidario de , mi trabajo es honrar y presentar sus deseos expresados. En caso de que no pueda realizar mi trabajo bajo este acuerdo, me pondré en contacto con .

Firma Fecha

Partidario de red #2

Entiendo que como partidario de , mi trabajo es honrar y presentar sus deseos expresados. En caso de que no pueda realizar mi trabajo bajo este acuerdo, me pondré en contacto con .

Firma Fecha

Partidario de red #3

Entiendo que como partidario de , mi trabajo es honrar y presentar sus deseos expresados. En el caso de que no pueda realizar mi trabajo bajo este acuerdo, me pondré en contacto con .

Firma Fecha

**Este formulario fue desarrollado por el Centro de Representación Pública** [**www.supporteddecisions.org**](http://www.supporteddecisions.org/)