



## Consentimiento Voluntario El Programa de Exclusión

Cliente:

Punto de Acceso a Servicios  
para Ancianos (ASAP):

---

---

---

---

---

---

Entiendo que mi \_\_\_\_\_ será:  
(tipo de servicio de atención domiciliaria)

☐ **reducido/cambiado** de \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ (fecha).

☐ **terminado** el \_\_\_\_\_ (fecha).

Yo dejaré de recibir los servicios de atención domiciliaria y dejaré de participar en el programa de exclusión (waiver program).

Sé que tengo derecho de apelar las decisiones tomadas por la ASAP. Estoy de acuerdo con la decisión indicada arriba y no deseo apelar esta decisión.

### Firmas:

Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Administrador de caso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_