TEXAS
Health and Human Services

Formulario 1681-S
Enero de 2024

Apéndice de derechos de Servicios en el Hogar y en la comunidad (HCS)

Nombre de la persona	Número de CARE:	Núm. de Medicaid

Este formulario enumera los derechos de una persona que un proveedor de HCS debe proteger y promover según la sección 565.5 del título 26 del Código Administrativo de Texas (TAC). Además de los derechos que se le explican en el folleto Sus derechos en los Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS), como participante del programa HCS tiene los siguientes derechos:

- Estar informado sobre su propia salud, estado mental y el progreso alcanzado.
- Ser informado del nombre y preparación de cualquier persona que le atienda o brinde servicios y a elegir entre varios proveedores de servicios disponibles.
- Recibir visitantes sin tener que avisar al proveedor del programa.
- Asistir o negarse a asistir a eventos religiosos.
- Vivir en un ambiente residencial regulado.
- Ser informado del progreso o la falta de éste en la ejecución de el plan de implementación y el plan de transporte.
- Recibir el apoyo y la asistencia adecuados de un miembro del personal o proveedor de servicios para tratar sus dudas si no le gustan o no está de acuerdo con los servicios que se le prestan o cree que se están vulnerando sus derechos.
- Contar con proveedores de servicios que le atiendan y, al mismo tiempo, sean responsables del funcionamiento integral del programa HCS.
- Disponer de ayuda a la hora de ejercer sus derechos civiles y de autodefensa, facilitándole información para quejas, inscripción en el padrón electoral, información y educación sobre ciudadanía, servicios de defensa y tutela.
- Participar en actividades sociales, recreativas y de grupo comunitarias.
- Disponer de oportunidades para actividades de ocio, vacaciones, observancias religiosas, días festivos y días libres, de acuerdo con sus preferencias y las rutinas de otros miembros de la comunidad.

Mediante mi firma, certifico que se me ha proporcionado una copia y una explicación verbal del Apéndice de Derechos de HCS.

_____ _____
Firma de la persona o de su LAR — Fecha

_____
Relación del LAR con la persona que recibe servicios

_____ _____
Firma del coordinador de servicios — Fecha