

Nombre del Empleado (DCW)	Nombre del Miembro

Instrucciones: Completar este formulario SOLO si el Cuidador Directo («DCW», por sus siglas en inglés) NO proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo. Si el DCW proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo, completar el Formulario de confirmación de servicios de manejo. Por favor, presentar solo uno de estos dos formularios, conforme a su situación.

Reconocimiento

El Miembro y el DCW acuerdan que el DCW no proporcionará servicios de manejo en ningún momento durante la prestación de los servicios del programa. Asimismo, el Miembro y el DCW acuerdan comunicarse con Consumer Direct, si hay alguna modificación respecto de los servicios de manejo.

Firma del DCW

Fecha

Firma del Miembro/Representante

Fecha

