

Acuerdo de toma de decisiones respaldado.

En el día de 20, yo, celebro un acuerdo voluntario de conformidad con el Estatuto Revisado de Colorado, Título 15 Artículo 14 Parte 8 "Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para adultos con una discapacidad". Celebro este acuerdo con mi(s) acompañante(s) como parte de mi comunidad de apoyo, que puede(n) ayudarme a entender los problemas y las opciones y que puede(n) responder a las preguntas y comunicarse en mi nombre si yo se lo indico específicamente. Mi(s) acompañante(s) también puede(n) ayudarme a facilitar las decisiones relativas a mi salud, seguridad, bienestar o asuntos financieros cotidianos, proporcionándome la información más actualizada y relevante disponible y conocida por mi(s) acompañante(s). Mi(s) colaborador(es) no tomará(n) decisiones en mi nombre y no me coaccionará(n) ni manipulará(n) para que tome una decisión. La decisión que se tome será mi propia decisión final y última. No se intercambiará dinero en efectivo o en especie por la asistencia prestada en virtud de este acuerdo.

AVISO: Una persona no está sujeta a responsabilidad penal o civil y no incurre en mala conducta profesional por un acto u omisión si el acto u omisión es uno de buena fe y en confianza en un acuerdo de toma de decisiones con apoyo y su autoridad para asistir como se presenta.

**CUESTIONES ABORDADAS EN VIRTUD DEL PRESENTE
ACUERDO**

Por favor, marque lo que corresponda. Casilla/Asunto(s) apropiado(s)	Nombre o nombres de los colaboradores.	Fecha añadido	Fecha quitado
<input type="checkbox"/> Decisiones bancarias y financieras			
<input type="checkbox"/> Decisiones médicas y de salud			
<input type="checkbox"/> Decisiones comunitarias			
<input type="checkbox"/> Decisiones de vivienda			
<input type="checkbox"/> Decisiones de autocuidado			
<input type="checkbox"/> Decisiones educativas			
<input type="checkbox"/> Decisiones de empleo			
<input type="checkbox"/> Relaciones personales			
<input type="checkbox"/> Relaciones profesionales			
<input type="checkbox"/> Otros - descritos a continuación:			

La persona que me apoya sólo puede obtener información que sea relevante para una decisión tomada de conformidad con el acuerdo de toma de decisiones con apoyo y sólo cuando dicha asistencia sea solicitada específicamente por mí. Toda la información obtenida por mi colaborador en el marco de la asistencia que se me preste debe ser mantenida en secreto por mi colaborador, a petición mía. Esta información sólo podrá utilizarse para el fin específico relacionado con la asistencia que solicito. Cualquier uso indebido de la información puede dar lugar a responsabilidades penales y civiles.

Este acuerdo no me impide buscar información por mi cuenta sin la ayuda de mi colaborador.

TERMINACIÓN

Este acuerdo es efectivo hasta que sea rescindido verbalmente o por escrito por mí o por cualquier miembro de la comunidad de apoyo con notificación de la rescisión a todas las partes del acuerdo de toma de decisiones con apoyo. El acuerdo se termina automáticamente si un miembro de la comunidad de apoyo es investigado por los servicios de protección de adultos y se descubre que yo o cualquier otra persona con discapacidad ha sido maltratada por el apoyador o que este haya sido condenado por un delito, incluidos los delitos financieros y el robo.

INFORMADORES OBLIGATORIOS

Cualquier informador obligatorio, tal y como se define en los Estatutos Revisados de Colorado 18-6.5-102(10.5), que se apoye en este acuerdo de toma de decisiones con apoyo, deberá informar de cualquier motivo para creer que el adulto con discapacidad está siendo maltratado por el miembro de la comunidad de apoyo.

FIRMAS DE LA PERSONA QUE DECIDE Y DE SU(S) APOYADOR(ES)

Nombre impreso de decididor:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma de la persona apoyada _____ Fecha _____

Nombre impreso del colaborador:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma del patrocinador _____ Fecha _____

Nombre impreso del colaborador:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma del patrocinador _____ Fecha _____

Nombre impreso del colaborador:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma del patrocinador _____ Fecha _____

Nombre impreso del colaborador:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma del patrocinador _____ Fecha _____

Este acuerdo debe ser firmado por el adulto con discapacidad y cada uno de los miembros de la comunidad de apoyo, sin coacción ni influencia indebida, en presencia de al menos dos testigos desinteresados mayores de 18 años, o de un notario.

FIRMAS DE TESTIGOS

Nombre impreso del testigo:

Firma del testigo: _____ Fecha _____

Nombre impreso del testigo:

Firma del testigo: _____ Fecha _____

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

Notario público (solo se requiere si no hay al menos dos firmas de testigos)

Suscrito y afirmado ante mí en el condado de _____, en el estado de Colorado el día _____ del 20__.

Firma Oficial del Notario

Sello Notarial

Vencimiento de la comisión