



**DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION**

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE DEL CLIENTE

Estimado(a):

Nuestros registros indican que usted ha sido identificado como \_\_\_\_\_  
Guardián o poseedor de un Poder a Largo Plazo (DPOA, por sus siglas en inglés) para decisiones de atención de salud. Le escribo para solicitar una copia de la orden judicial actual o los trámites de DPOA que verifican su rol. DDA debe verificar la condición de guardián o de DPOA antes de permitirle a otra persona que no sea el cliente brindar su consentimiento para los servicios. Es importante que obtengamos esta documentación antes de \_\_\_\_\_ la próxima evaluación.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CLIENTE

Si tiene Por cualquier pregunta, puede ubicarme en \_\_\_\_\_ .  
\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO

Por favor, envíe la presente orden de la corte o los documentos del Poder Legal Duradero (DPOA, por sus siglas en inglés) a la oficina de la DDA que aparece a continuación:

Gracias.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y TÍTULO DEL ADMINISTRADOR DE RECURSOS DEL CASO

cc: Archivo del cliente

## **INSTRUCTIONS**

### **When do I send this form to the legal representative?**

You send this form when an individual has been identified as the legal representative for your client and you do not have a current copy of the guardianship or DPOA for healthcare document in your client's file.