



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 con:

- Tutor de la persona
- Poder de duración indefinida (DPOA) para decisiones médicas

Le escribo para solicitar una copia de las cartas de tutela o los documentos de poder médico vigentes para confirmar su rol. La DDA está obligada a comprobar la situación del tutor o la persona con poder médico antes de permitir que alguien distinto a la persona consienta a recibir servicios. Es importante que tengamos estos documentos de _____
NOMBRE DEL CLIENTE

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse conmigo al _____
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)

Por favor envíe las cartas de tutela o los documentos de poder médico vigentes a la oficina de la DDA que aparece a continuación:

Gracias.

NOMBRE Y PUESTO DEL ADMINISTRADOR DE RECURSOS DEL CASO

cc: Archivo del cliente

INSTRUCCIONES

¿Cuándo debo enviar este formulario al representante legal?

Usted envía este formulario cuando se ha identificado a una persona como representante legal de su cliente y en el archivo de su cliente no hay una copia vigente de sus cartas de tutela o su poder médico.