

Exención de Opciones Comunitarias

Formulario para cambios de agencia de administración de casos



Como participante del programa de Exención de Opciones Comunitarias, yo tengo el derecho de cambiar las agencias de administración de casos en cualquier momento.

Yo, _____, he seleccionado la agencia siguiente para
(Nombre del participante con letra de molde)
proveer mis servicios de administración de casos, con vigencia a partir del _____.
(Fecha de vigencia del cambio de agencia)

Nueva agencia de administración de casos: _____

Número de teléfono de la agencia: _____

Un cambio en la agencia de administración de casos debe ocurrir el primer día del mes para evitar interrupciones de servicios. Si hay circunstancias atenuantes que requieren un cambio en otra fecha distinta al primer día del mes, por favor provea una explicación abajo:

Firma del participante: _____

Firma del testigo: _____
(Requerido si la firma se marca con una "X")

Aceptación del cambio por las agencias

Ambas agencias deben firmar y fechar este documento. Si la fecha de vigencia es una fecha distinta al primer día del mes, la agencia saliente y entrante tienen la responsabilidad de determinar qué agencia enviará la factura por el mes.

Agencia de administración de casos saliente

Nombre: _____

Firma del representante de la agencia Fecha

Nombre del representante de la agencia (letra de molde)

Administrador(a) de casos asignado

Agencia de administración de casos entrante

Nombre: _____

Firma del representante de la agencia Fecha

Nombre del representante de la agencia (letra de molde)

Administrador(a) de casos asignado