

# ACUERDO DE TOMA DE DECISIONES ASISTIDA

Este acuerdo se rige por la ley de toma de decisiones asistida, Capítulo 1357 del Código de Bienes de Texas. Los acuerdos para la toma de decisiones asistida tienen como fin apoyar y atender a una persona con discapacidad para que tome decisiones de vida incluyendo aquellas en relación a dónde y con quién desea vivir el individuo, los servicios, apoyos y atención médica que la persona desea recibir y dónde desea trabajar sin impedir la autodeterminación de la persona con discapacidad. Tanto el individuo con discapacidad como su ayudante pueden revocar este acuerdo en cualquier momento. Si la persona con discapacidad o su ayudante tienen preguntas sobre este acuerdo, deben consultar con un abogado antes de firmar este acuerdo de toma de decisiones asistida.

## Asignación del ayudante:

Yo (Nombre del adulto con discapacidad), \_\_\_\_\_ participo en este contrato de manera voluntaria.

Escojo a (Nombre del ayudante) \_\_\_\_\_ para que sea mi Ayudante.

Dirección del ayudante: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Mi ayudante puede asistirme con decisiones de vida sobre:

Sí \_\_\_ No \_\_\_ obtener comida, ropa y un lugar para vivir

Sí \_\_\_ No \_\_\_ mi salud física

Sí \_\_\_ No \_\_\_ mi salud mental

Sí \_\_\_ No \_\_\_ administrar mi dinero o bienes

Sí \_\_\_ No \_\_\_ obtener educación y otros tipos de formación

Sí \_\_\_ No \_\_\_ escoger y mantener mis apoyos y servicios

Sí \_\_\_ No \_\_\_ encontrar un trabajo

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

## Mi ayudante no toma decisiones por mí. Para ayudarme a tomar decisiones, mi ayudante puede:

1. Ayudarme a obtener la información que necesito para tomar decisiones médicas, psicológicas, financieras o educativas;
2. Ayudarme a comprender las opciones en una manera que yo pueda tomar la mejor decisión en mi beneficio; o
3. Ayudarme a comunicar mi decisión a las personas adecuadas.

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Mi ayudante puede ver mi información médica privada de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996. Yo proporcionaré una autorización firmada.

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Mi ayudante puede ver mis expedientes académicos de conformidad con la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia de 1974 (20 U.S.C. Sección 1232g). Yo proporcionaré una autorización firmada.

Este acuerdo comienza al ser firmado y continuará hasta el \_\_\_\_\_ (fecha) o hasta que mis colaboradores o yo terminemos este acuerdo o el acuerdo termine por ley.

El presente documento se firma el \_\_\_\_\_ (día) de \_\_\_\_\_ (mes), \_\_\_\_\_ (año)

\_\_\_\_\_  
(Firma del adulto con discapacidad)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del adulto con discapacidad)

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA AYUDANTES

Cuando usted acepta dar ayuda a un adulto con discapacidad en conformidad con el presente acuerdo de toma de decisiones asistida, usted tiene el deber de:

1. Actuar de buena fe
2. Actuar leal y desinteresadamente; y
3. Evitar conflictos de interés.

## Consentimiento del ayudante:

Yo (Nombre del ayudante), \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para actuar como Ayudante de conformidad con este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
(Firma del ayudante)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del ayudante)

**Este acuerdo se debe firmar frente a dos testigos o un notario público.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo 1)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo 2)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del testigo 1)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del testigo 2)

**O**

### Notario Público

Estado de \_\_\_\_\_ Condado de \_\_\_\_\_

Este acuerdo se firmó ante mi hoy \_\_\_\_\_ (día) de \_\_\_\_\_ (mes), \_\_\_\_\_ (año)

Por \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre del adulto con discapacidad)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del ayudante)

\_\_\_\_\_  
(Firma del notario)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del notario)

(Sello, si lo hubiera, del notario)

Mi cargo expira: \_\_\_\_\_

## **ADVERTENCIA: PROTECCIÓN PARA EL ADULTO CON DISCAPACIDAD**

*Si una persona recibe copia de este acuerdo o está consciente de la existencia del mismo y tiene razones para pensar que el adulto con discapacidad está siendo abusado, pasando por negligencia o explotado, la persona debe reportar el presunto abuso, negligencia o explotación a la línea gratuita del Departamento de Protección y Servicios a la Familia al 1-800-252-5400 o en línea en [www.txabusehotline.org](http://www.txabusehotline.org)*

### **Obligación de ciertas personas con respecto al acuerdo**

*Una persona que recibe el original o copia de un acuerdo para la toma de decisiones asistida deberá basarse en el acuerdo. Una persona no queda sujeta a responsabilidad penal ni civil, ni se involucra en infracciones profesionales por actos u omisiones, si el acto u omisión se hace de buena fe y con base en un acuerdo para la toma de decisiones asistida.*

*Acuerdo de toma de decisiones asistida Formulario 3 de 3*