



**Room and Board Amendment to Individual/Member  
and Provider Agreement**

Individual/Member Name	Social Security No.	Individual/Member No.
Provider Name	Address	

**Change In Monetary Agreement**

The individual/member and provider agree to amend the monthly amount of room and board from:

\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

This change will become effective as of: \_\_\_\_\_

This change is because :

**Monetary responsibilities assumed by the individual/member include, but are not limited to, the following: payment of room and board, purchase of personal items, clothing, burial expenses, medications and medical expenses.**

_____ Signature – Individual/Member, Authorized Representative or Responsible Party	_____ Date	_____ Signature – Provider	_____ Date
_____ Signature – Witness (if the individual/member is unable to sign)	_____ Date	_____ Signature – Case Manager	_____ Date



**Enmienda al cuarto y comida del acuerdo entre la persona o el miembro y el proveedor**

Nombre de la persona o el miembro	Núm. de Seguro Social	Núm. de la persona o el miembro
Nombre del proveedor	Dirección	

**Cambio al acuerdo monetario**

La persona o el miembro y el proveedor aceptan enmendar la cantidad mensual de cuarto y comida de:

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Este cambio entrará en vigor a partir del: \_\_\_\_\_

Este cambio se hace porque:

**Las responsabilidades monetarias de la persona o el miembro son, entre otras: pago de cuarto y comida, compra de artículos personales, ropa, gastos de entierro, medicamentos y otros gastos médicos.**

Firma de la persona o el miembro, el representante autorizado o la parte responsable	Fecha	Firma del proveedor	Fecha
--------------------------------------------------------------------------------------	-------	---------------------	-------

Firma del testigo (si la persona o el miembro no puede firmar)	Fecha	Firma del administrador de casos	Fecha
----------------------------------------------------------------	-------	----------------------------------	-------