

Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)

**Información de contacto de los padres o el representante legalmente autorizado (LAR)
de personas menores de 22 años**

De acuerdo con el Código Gubernamental de Texas, Sección 531.1533, uno de los padres o el LAR de una persona menor de 22 años que recibe apoyo residencial o vivienda supervisada del programa HCS tiene que dar su información de contacto en esta forma. Uno de los padres o el LAR también tiene que haber presentado un reconocimiento de responsabilidad firmado como se describe al final de esta forma.

Nombre de la persona que recibe servicios de HCS		
Nombre: padre, madre o LAR <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> LAR		Teléfono: padre, madre o LAR (de la casa y celular)
Dirección: padre, madre o LAR		
Núm. de licencia de manejar: padre, madre o LAR	Estado de expedición	Núm. de tarjeta de identificación personal del DPS
Empleador: padre, madre o LAR		Teléfono del empleador
Dirección del empleador		

Información de contacto de emergencia

Nombre de un familiar u otra persona con quien se puede comunicar el proveedor de HCS, el coordinador de servicios o el HHSC		Teléfono(s) (de la casa y celular)
Dirección		
Núm. de licencia de manejar y Estado de expedición (opcional)		Núm. de tarjeta de identificación personal del DPS (opcional)
Empleador (opcional)		Teléfono del empleador (opcional)
Dirección del empleador (opcional)		

Nombre del coordinador de servicios	Nombre del representante del proveedor del programa de HCS
-------------------------------------	--

Declaración

Yo, _____, el padre, la madre o el representante legalmente autorizado (LAR) de _____, avisaré al coordinador de servicios y al representante del proveedor de HCS de cualquier cambio a la información de contacto anterior y haré esfuerzos razonables para participar en la vida de _____ y en la planeación de actividades para él o ella. Entiendo que si no se da la información de contacto en esta forma o si dicha información no es correcta, y el coordinador de servicios y el Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas no me pueden localizar, el HHSC remitirá el caso al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección.

Nombre en letra de molde: padre, madre o LAR

Firma: padre, madre o LAR

Fecha