ACUERDO PARA LA TOMA DE DECISIONES CON APOYO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este es el Acuerdo para la toma de decisiones con apoyo de \_\_\_\_\_\_\_\_ de Miami, Florida, nacido el \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(1) INTRODUCCIÓN. Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quiero que una o más personas en las que confió me ayuden a tomar decisiones, obtener y entender la información que necesito para tomar mis decisiones y decirles a otras personas sobre mis decisiones. La gente que me ayudará son mis “apoyos.”

Este es un acuerdo escrito entre mí (“decisor”) y cada uno de mis apoyos. Estoy indicando en este acuerdo que tipo de apoyo quiero que cada uno de mis apoyos me brinde. A menos de que lo autorice expresamente en otro documento legal, como un poder notarial, un apoyo nombrado bajo este acuerdo no toma decisiones por mí.

Es mi intención y la de mis apoyos que trabajaremos juntos para implementar este Acuerdo para la Toma de Decisiones con Apoyo (“acuerdo”) y cualquier otro documento legal que ejecute. Esto significa que yo retendré control sobre mi vida y tomaré mis proprias decisiones, con la ayuda de mis apoyos, al máximo de mis habilidades.

Cada uno de mis apoyos puede ejercer su autoridad de forma independiente. Mis apoyos pueden compartir información entre sí.

(2) APOYOS Y PODERES OTORGADOS A MIS APOYOS. Estos son mis apoyos y cómo me ayudarán a tomar decisiones:

APOYO NO. 1

Nombre

Relación

Dirección

Teléfono

Correo Electrónico

Quiero que mi apoyo me ayude a:

* Tomar decisiones sobre comida y ropa
* Tomar decisiones sobre dónde y con quien vivo
* Tomar decisiones sobre mi salud y cuidado de salud
* Tomar decisiones sobre como ocupo mi tiempo
* Tomar decisiones sobre donde trabajo
* Tomar decisiones sobre mi educación
* Tomar decisiones sobre mis servicios de apoyo, incluyendo servicios de cuidado del hogar como lavado de ropa, cocina, transportación y compañía
* Tomar decisiones sobre como gasto y guardo mi dinero
* Tomar decisiones sobre asuntos legales

Quiero que mi apoyo me ayude al:

* Ayudarme a entender las opciones, responsabilidades y consecuencias de mis decisiones.
* Ayudarme a obtener información que es relevante a una decisión, incluyendo récords médicos, psicológicos, financieros, educativos o de tratamiento, de cualquier entidad.
* Ayudarme a entender información que me provean.
* Ayudarme a comunicar decisiones a las personas apropiadas.
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No quiero que mi apoyo:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He firmado los siguientes documentos legales para este apoyo:

* Poder Notarial Duradero
* Designación de Sustituto de Salud
* Relevo de Información HIPAA
* Relevo de Información FERPA

APOYO NO. 2

Nombre

Relación

Dirección

Teléfono

Correo Electrónico

Quiero que mi apoyo me ayude a:

* Tomar decisiones sobre comida y ropa
* Tomar decisiones sobre dónde y con quien vivo
* Tomar decisiones sobre mi salud y cuidado de salud
* Tomar decisiones sobre como ocupo mi tiempo
* Tomar decisiones sobre donde trabajo
* Tomar decisiones sobre mi educación
* Tomar decisiones sobre mis servicios de apoyo, incluyendo servicios de cuidado del hogar como lavado de ropa, cocina, transportación y compañía
* Tomar decisiones sobre como gasto y guardo mi dinero
* Tomar decisiones sobre asuntos legales

Quiero que mi apoyo me ayude al:

* Ayudarme a entender las opciones, responsabilidades y consecuencias de mis decisiones.
* Ayudarme a obtener información que es relevante a una decisión, incluyendo récords médicos, psicológicos, financieros, educativos o de tratamiento, de cualquier entidad.
* Ayudarme a entender información que me provean.
* Ayudarme a comunicar decisiones a las personas apropiadas.
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No quiero que mi apoyo:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He firmado los siguientes documentos legales para este apoyo:

* Poder Notarial Duradero
* Designación de Sustituto de Salud
* Relevo de Información HIPAA
* Relevo de Información FERPA

APOYO ALTERNO. Si uno de mis apoyos muere, se vuelve incapaz de actuar como mi apoyo, se rehúsa a actuar como mi apoyo o termina su parte de este acuerdo, quiero que la siguiente persona se convierta en mi apoyo y me ayude con lo que el apoyo original me estaba ayudando:

Nombre

Relación

Dirección

Teléfono

Correo Electrónico

(3) TUTOR PREVIA NECESIDAD. Quiero que los siguientes apoyos, en el orden siguiente, sean mis tutores previa necesidad como descrito en la sección 744.3045 de los estatutos de Florida, en caso de que una corte determine que necesito un tutor.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunto una Declaración de Tutor Previa Necesidad.

(4) NOTIFICACIÓN A TERCEROS. A menos de que haya sido expresamente autorizado, un apoyo no toma decisiones por el decisor. Un apoyo puede proveerle a un decisor ayuda para tomar decisiones, obtener información para decisiones, comunicar decisiones y entender las opciones, responsabilidades y consecuencias de sus decisiones. Un apoyo puede acompañar al decisor y participar en sus discusiones con otras personas. El decisor ha detallado en este acuerdo las áreas en las cuales el apoyo puede ayudar al decisor con decisiones. El decisor puede actuar sin la ayuda del apoyo.

(5) DURACIÓN Y TERMINACIÓN DEL ACUERDO. Puedo terminar todo o parte de este acuerdo en cualquier momento al darle notificación a mis apoyos por escrito. Este acuerdo comienza a la fecha de la firma y continuará hasta que el acuerdo sea terminado por mi apoyo o mis apoyos.

(6) FIRMA DEL DECISOR. Sé que no tengo que firmar este acuerdo. He llegado a este acuerdo voluntariamente y sin coerción o presión indebida. Entiendo la naturaleza y efecto de este acuerdo. Sé que puedo cambiar este acuerdo en cualquier momento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra molde

Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(7) FIRMAS DE LOS APOYOS.

FIRMA DEL APOYO NO. 1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra molde

FIRMA DEL APOYO NO. 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra molde

(8) DECLARACIÓN DE LOS APOYOS.

DECLARACIÓN DEL APOYO NO. 1. Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soy la [relación] del decisor. Estoy dispuesta actuar como apoyo del decisor. Entiendo que mi trabajo como apoyo es ayudar al decisor a tomar decisiones, obtener y entender información para decisiones, comunicar decisiones y entender las opciones, responsabilidades y consecuencias de sus decisiones. Mi apoyo puede incluir proveerle al decisor información de una manera que el decisor pueda entender, discutir los pros y los contras de una decisión y ayudar al decisor a comunicar sus decisiones. Actuaré con el cuidado, la competencia y la diligencia ordinariamente ejercida por individuos en circunstancias similares, teniendo debidamente en cuenta las habilidades, destrezas o conocimiento especializado que poseo o no poseo. Sé que yo sólo tomo decisiones por el decisor si este me autoriza en otro documento legal, como un poder notarial. No ejerceré influencia indebida sobre el decisor. No firmaré por el decisor ni proveeré una firma electrónica del decisor a terceros, a menos de que el decisor lo autorice expresamente en este acuerdo. Accederé la información personal del decisor, sólo en la medida autorizada en este acuerdo. Me aseguraré de que toda la información recolectada a nombre del decisor se mantenga privada y confidencial; no sea sujeta a acceso, uso o divulgación no autorizada; y sea desechada propiamente cuando apropiado. No usaré información recibida bajo este acuerdo para propósitos que no hayan sido autorizados por el decisor para la toma de sus decisiones, a menos de que el decisor de su consentimiento a otro uso. Entiendo que la sección 825 de los Estatutos de Florida establecen que es un crimen cometer actos de abuso, negligencia o explotación en contra de una persona con una discapacidad y que la penalidad por hacerlo puede incluir multas y tiempo de encarcelación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra molde

DECLARACIÓN DEL APOYO NO. 2. Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soy la [relación] del decisor. Estoy dispuesta actuar como apoyo del decisor. Entiendo que mi trabajo como apoyo es ayudar al decisor a tomar decisiones, obtener y entender información para decisiones, comunicar decisiones y entender las opciones, responsabilidades y consecuencias de sus decisiones. Mi apoyo puede incluir proveerle al decisor información de una manera que el decisor pueda entender, discutir los pros y los contras de una decisión y ayudar al decisor a comunicar sus decisiones. Actuaré con el cuidado, la competencia y la diligencia ordinariamente ejercida por individuos en circunstancias similares, teniendo debidamente en cuenta las habilidades, destrezas o conocimiento especializado que poseo o no poseo. Sé que yo sólo tomo decisiones por el decisor si este me autoriza en otro documento legal, como un poder notarial. No ejerceré influencia indebida sobre el decisor. No firmaré por el decisor ni proveeré una firma electrónica del decisor a terceros, a menos de que el decisor lo autorice expresamente en este acuerdo. Accederé la información personal del decisor, sólo en la medida autorizada en este acuerdo. Me aseguraré de que toda la información recolectada a nombre del decisor se mantenga privada y confidencial; no sea sujeta a acceso, uso o divulgación no autorizada; y sea desechada propiamente cuando apropiado. No usaré información recibida bajo este acuerdo para propósitos que no hayan sido autorizados por el decisor para la toma de sus decisiones, a menos de que el decisor de su consentimiento a otro uso. Entiendo que la sección 825 de los Estatutos de Florida establecen que es un crimen cometer actos de abuso, negligencia o explotación en contra de una persona con una discapacidad y que la penalidad por hacerlo puede incluir multas y tiempo de encarcelación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra molde

(9) NOTARIZACIÓN Y TESTIGOS. Este Acuerdo para la Toma de Decisiones con Apoyo es firmado por mí y por dos testigos atestantes y es reconocido por mí ante un notario público.

NOTARIZACIÓN

ESTADO DE FLORIDA

CONDADO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El instrumento anterior fue reconocido ante mí por medio de ☐ presencia física o ☐ notarización electrónica, este día  \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_, por el decisor y los apoyos que firmaron las páginas anteriores.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del notario público – Estado de Florida

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Impreso, tipo, o estampa de nombre comisionado del notario público

DECISOR, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Conocido personalmente O ☐ Produjo identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de identificación provista

APOYO NO. 1, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Conocido personalmente O ☐ Produjo identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de identificación provista

APOYO NO. 2, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Conocido personalmente O ☐ Produjo identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de identificación provista

TESTIGOS

Esta declaración fue firmada por el decisor en nuestra presencia conjunta. A petición del declarante, hemos firmado nuestros nombres como testigos atestantes en presencia del declarante y en presencia del uno y el otro.

PRIMER TESTIGO SEGUNDO TESTIGO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra molde Nombre en letra molde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Fecha

ADVERTENCIA: PROTECCIÓN DEL DECISOR

SI UNA PERSONA QUE RECIBE UNA COPIA DE ESTE ACUERDO O SABE DE LA EXISTENCIA DE ESTE ACUERDO TIENE CAUSA RAZONABLE PARA CREER QUE EL ADULTO NOMBRADO COMO DECISOR ES VÍCTIMA DE ABUSO, NEGLIGENCIA O EXPLOTACIÓN POR PARTE DEL APOYO, LA PERSONA DEBE REPORTAR EL ABUSO, LA NEGLIGENCIA O LA EXPLOTACIÓN ALEGADA A LA LÍNEA DE AYUDA DEL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS DE FLORIDA:

POR INTERNET: https://reportabuse.dcf.state.fl.us/

TELÉFONO: 1-800-962-2873

FLORIDA RELAY: 711

TTY: 800-955-8771

FAX: 800-914-0004