



ESTADO DE CONNECTICUT - DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

W-1514S  
(Rev.10/13)

**ACUERDO DE PAGOS CONTRIBUTIVOS DEL CLIENTE PARA MEDICAID**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que estoy calificado para recibir servicios de  
Nombre del Cliente

cuidado en casa, pero que debo ayudar a pagar el costo de tales servicios. Haré un pago mensual de

\$ \_\_\_\_\_ efectivo fecha \_\_\_\_\_ a: Allied Community Resources, Inc  
P.O. Box 479  
East Windsor, CT 06088-0479

Entiendo que la cantidad que pago mensualmente puede cambiar cuando mi caso sea revisado. Si hay un cambio, yo entiendo que seré notificado.

Entiendo que debo comunicarme con \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
tan pronto sea posible, en caso que tenga una emergencia y no pueda pagar mi parte.

Entiendo que no podré recibir servicios si no hago mi pago. El administrador de mi caso, proveedor o facilidad se comunicará conmigo antes de parar los servicios.

Recibiré aviso por escrito, antes de ser descontinuado del programa. También me darán la oportunidad de una audiencia.

El administrador de mi caso, proveedor o facilidad ha discutido mis pagos conmigo. Entiendo que puedo llamar a la Unidad de Cuido Alterno al número gratis 1-800-445-5394, en caso que tenga preguntas.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Familia/Cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Administrador de Caso, Proveedor o Facilidad

\*\*\*\*\*

Si un miembro de la familia, u otra persona asume la responsabilidad de pagar la contribución obligatoria del cliente, tiene que indicarlo por firma separada.

Yo, \_\_\_\_\_ acuerdo pagar la contribución del cliente  
Nombre de la Persona u Organización Responsable

para \_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma (Persona u Organización Responsable)

\_\_\_\_\_  
Teléfono (Persona u Organización Responsable)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Fecha

El Departamento tiene un número "TDD/TTY Hot Line" para personas sordas o con oído deteriorado. Si Ud. tiene un equipo TDD/TTY, puede llamar al 1-800-842-4524. El Departamento también tiene aparatos auxiliares para ciegos o personas de vista perjudicada. Para más información, favor de llamar a su Departamento de Servicios Sociales local.