

참고:

제공자 선택 절차를 완료하려면 이 양식을 서비스 코디네이터에게 제출해야 합니다. 서비스는 서비스 코디네이터의 최종 안내가 접수되기 전까지 시작되지 않을 수 있습니다.

본인은 상기된 면제의 신청자/참여자인 본인이 첨부되어 있는 승인된 면제 서비스 제공자 기관 목록에서 제공자를 선택해야 한다는 사실을 이해합니다. 본인은 선택 결정을 내리기 전에 제공자를 면담하도록 권유받았습니다. 본인은 제공자가 본인의 바람과 필요를 반영하고, 본인의 건강과 복지를 유지하고, 우수한 품질과 적절한 서비스의 제공을 모니터링하는 상세 계획의 작성 및 실행을 도와준다는 점을 이해합니다.

본인은 언제든지 제공 기관을 변경할 수 있으며 계속해서 면제 자격이 유지된다는 점도 이해합니다.

본인은 승인된 제공 기관 목록에서 다음 기관을 선택했습니다.

제공 기관 이름 _____ 전화번호 _____

제공자 주소 _____

본인은 이 제공 기관으로부터 다음의 서비스를 요청합니다.

- 1. _____ 2. _____ 3. _____
- 4. _____ 5. _____ 6. _____

신청자 이름 _____

신청자 서명 _____ 날짜 _____

신청자 주소 _____

법적 보호자 서명(해당하는 경우) _____ 날짜 _____

공인 대리인 서명(해당하는 경우) _____ 날짜 _____

제공 기관 작성란:

Provider Agency

will provide all of the above listed services is unable to provide the following service(s):

Because: _____

will not provide any of the above listed services

Because: _____

Service Coordinator Signature _____ Date _____

지역 자원 개발 전문가 서명 _____ 날짜 _____