

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

Este acuerdo debe leerse en voz alta o ser comunicado por cualquier otro medio de manera tal que sea accesible y comprensible para todas las partes. El medio de comunicación debe ser adecuado para las necesidades y preferencias de la persona que tiene una discapacidad. Se puede asignar un *facilitador para la toma de decisiones con apoyo* que se encargará de supervisar este acuerdo, pero no es obligatorio. Además, un notario puede firmar este acuerdo, pero no es obligatorio.

Yo, \_\_\_\_\_, soy el creador de este acuerdo de toma de decisiones con apoyo que trata sobre mí y esto me convierte en "*quien toma las decisiones*". Confeccioné este acuerdo con mis selecciones y escogí a las personas en quienes confío para que sean mis "*personas de apoyo*".

Las personas que seleccione como *mis personas de apoyo* son quienes estuvieron de acuerdo con ayudarme a comprender las opciones y a tomar las decisiones sobre estas.

Las personas de apoyo **NO** toman decisiones en mi nombre. Me dan información, consejos y otro tipo de apoyo para que **YO PUEDA tomar las decisiones por mi cuenta.**

**Se puede cambiar este acuerdo en cualquier momento.** Puedo cambiar este acuerdo tachando palabras y escribiendo mis iniciales al lado de los cambios o puedo cambiarlo escribiendo la información nueva en el formulario y mis iniciales al lado de lo que yo agregué. Para mantener un seguimiento de todo lo que yo agregue, completaré y firmaré la página "*Cambios*" adjunta a este acuerdo. También, en la página "*Cancelación*" adjunta a este acuerdo, escribiré los nombres de las personas de apoyo que ya no quiero que me sigan ayudando, y firmaré esa página.

Si decido que ya no quiero tener un acuerdo de toma de decisiones con apoyo, puedo completar la sección "*Cancelación del acuerdo de toma de decisiones con apoyo*" que está al final de la página de "*Acuerdos*" adjunta a este documento.

**Nombre de quien toma las decisiones:** \_\_\_\_\_

**Modo de contacto preferido (por ej., dirección de correo electrónico, número de teléfono, cómo contactarse con usted):**

\_\_\_\_\_

**Fecha inicial de vigencia del acuerdo:** \_\_\_\_\_

**Además de este acuerdo de toma de decisiones con apoyo, tengo las siguientes formas de apoyo:**

Poder notarial duradero  Documentos adjuntos /  Documentos NO adjuntos

Directiva médica anticipada  Documentos adjuntos /  Documentos NO adjuntos

Fiduciario financiero  Documentos adjuntos /  Documentos NO adjuntos

Formulario de divulgación de HIPAA  Documentos adjuntos /  Documentos NO adjuntos

Formulario de divulgación educativa  Documentos adjuntos /  Documentos NO adjuntos

Otro: \_\_\_\_\_  Documentos adjuntos /  Documentos NO adjuntos

(por ej., representante autorizado por DBHDS [Departamento de Salud Conductual y Servicios de Desarrollo, por sus siglas en inglés], pasaporte sanitario, perfil médico enfocado en la persona en una página).

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**1. Salud y cuidado personal**

Yo QUIERO \_\_\_ / NO QUIERO \_\_\_ que me ayuden a tomar decisiones sobre mi salud y mi cuidado personal. Esta es una lista de las personas que quiero que me ayuden:

Nombre y apellido	Vínculo	Dirección física	Correo electrónico	Número de teléfono

*\* Para más de 3 personas de apoyo, se pueden escribir varias personas en cada fila.*

**Estas personas de apoyo pueden realizar las siguientes acciones:**

Escriba **S** para decir "sí" o **N** para decir "no" para indicar si las *personas de apoyo* pueden o no pueden ayudarlo con cada opción.

\_\_\_ Obtener y leer la información de mi atención médica, incluido ver mi información médica privada según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Se firma una autorización y se adjunta a este acuerdo.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a elegir cuándo ir al médico.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo enumeradas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a pedir y acudir a mis citas con el médico y el odontólogo.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender y tomar decisiones médicas en situaciones graves (por ejemplo, cirugía, lesiones grandes, crisis de salud mental o conductual).

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo enumeradas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender y tomar decisiones médicas en una emergencia.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo enumeradas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender y tomar decisiones médicas en situaciones diarias (por ejemplo, chequeos, comprar medicamentos en la farmacia).

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender mis medicamentos, ayudarme a recordar mis medicamentos y ayudarme a conseguir y tomar mis medicamentos.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender la higiene personal, ayudarme a recordar mi higiene personal y ayudarme con mi higiene personal.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a elegir qué ropa ponerme y ayudarme a vestirme, si es necesario.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decidir dónde, cuándo y qué comer.

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre el consumo de alcohol y drogas.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente lo que quiero y lo que no quiero sobre mi salud y mi cuidado personal.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente cómo tomo decisiones sobre mi salud y mi cuidado personal.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Asegurar que la gente comprenda lo que digo sobre mi salud y mi cuidado personal.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

**Para que estas personas de apoyo me ayuden con mi salud y mi cuidado personal, también pueden realizar las siguientes acciones:**

(Ejemplos: asistir a las citas médicas conmigo; hablar directamente con mis médicos; ayudar a que otras personas comprendan lo que me ayuda a calmarme cuando estoy disgustado).

**Estas personas de apoyo NO PUEDEN realizar las siguientes acciones para ayudarme con mi salud y mi cuidado personal:**

(Ejemplos: no pueden hablar directamente con mis médicos; no pueden asistir a mis citas médicas).

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**2. Amigos y parejas**

Yo QUIERO \_\_\_ / NO QUIERO \_\_\_ que me ayuden a tomar decisiones sobre mis amigos y parejas. Esta es una lista de las personas que quiero que me ayuden:

Nombre y apellido	Vínculo	Dirección física	Correo electrónico	Número de teléfono

*\* Para más de 3 personas de apoyo, se pueden escribir varias personas en cada fila.*

**Estas personas de apoyo pueden realizar las siguientes acciones:**

Escriba **S** para decir "sí" o **N** para decir "no" para indicar si las personas de apoyo pueden o no pueden ayudarlo con cada opción.

\_\_\_ Ayudarme a comprender y elegir si quiero tener una relación y con quién quiero tener una relación.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender y tomar decisiones sobre el control de la natalidad y el embarazo, y acceder a la atención médica, si es necesario.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre el sexo.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre el matrimonio.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a elegir con quién pasar el tiempo.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente lo que quiero y lo que no quiero en relación con mis amigos y parejas.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente cómo tomo decisiones sobre mis amigos y parejas.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Asegurar de que las personas entienden lo que digo sobre mis elecciones y decisiones con respecto a mis amigos y parejas.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**Para que estas personas de apoyo me ayuden con mis amigos y parejas, también pueden realizar las siguientes acciones:**

(Ejemplos: ayudarme a encontrar grupos o lugares donde yo pueda conocer una pareja o amigos nuevos; hablar directamente con mi pareja y con mis amigos).

**Estas personas de apoyo NO PUEDEN realizar las siguientes acciones para ayudarme con mis amigos y parejas:**

(Ejemplos: no pueden hablar directamente con mi pareja ni amigos; no pueden decidir quiénes son mis amigos o parejas; no pueden ponerse en contacto con mi pareja ni amigos sin mi consentimiento)

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para: \_\_\_\_\_**

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**3. Dinero**

Yo QUIERO \_\_\_ / NO QUIERO \_\_\_ que me ayuden a tomar decisiones sobre el dinero. Esta es una lista de las personas que quiero que me ayuden:

Nombre y apellido	Vínculo	Dirección física	Correo electrónico	Número de teléfono

*\* Para más de 3 personas de apoyo, se pueden escribir varias personas en cada fila.*

**Estas personas de apoyo pueden ayudarme de la siguiente manera:**

Escriba **S** para decir "sí" o **N** para decir "no" para indicar si las personas de apoyo pueden o no pueden ayudarte con cada opción.

\_\_\_ Conseguir y leer mi información financiera, incluidos registros bancarios.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo enumeradas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a obtener información sobre mis finanzas.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones importantes sobre el dinero (por ejemplo, abrir una cuenta bancaria, firmar un contrato de alquiler).  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a completar formularios y documentos.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo enumeradas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a llevar un presupuesto para saber cuánto dinero puedo gastar.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a pagar el alquiler y las facturas a tiempo.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a que nadie se lleve mi dinero ni lo utilice para beneficio propio.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente lo que quiero y lo que no quiero en relación con mi dinero.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente cómo tomo decisiones sobre mi dinero.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Asegurar que las personas entiendan lo que digo sobre mis elecciones y decisiones con respecto a mi dinero.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**Para que estas personas de apoyo me ayuden con mi dinero, también pueden realizar las siguientes acciones:**

(Ejemplos: ayudarme a ahorrar dinero, ayudarme a confeccionar un presupuesto para poder comprar productos más costosos; ver los beneficios de mi Seguro Social y ayudarme a comprenderlos; ayudarme a solicitar otros beneficios)

**Estas personas de apoyo NO PUEDEN realizar las siguientes acciones para ayudarme con mi dinero:**  
(Ejemplos: no pueden decirme cómo gastar mi dinero, no pueden gastar mi dinero sin mi consentimiento, no pueden ver mis finanzas sin mi consentimiento)

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para: \_\_\_\_\_**

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**4. Dónde vivo y la vida en comunidad**

Yo QUIERO \_\_\_ / NO QUIERO \_\_\_ que me ayuden a tomar decisiones sobre dónde vivo y cómo vivo en la comunidad. Esta es una lista de las personas que quiero que me ayuden:

Nombre y apellido	Vínculo	Dirección física	Correo electrónico	Número de teléfono

*\* Para más de 3 personas de apoyo, se pueden escribir varias personas en cada fila.*

**Estas personas de apoyo pueden ayudarme de la siguiente manera:**

Escriba **S** para decir "sí" o **N** para decir "no" para indicar si las personas de apoyo pueden o no pueden ayudarte con cada opción.

\_\_\_ Conseguir y leer información sobre los lugares donde he vivido.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decidir dónde vivir.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decidir con quién vivir.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender los quehaceres del hogar, recordarme que los haga y ayudarme a hacerlos.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender los arrendamientos que estoy considerando y ayudarme a entender las normas de mi casa y de mi comunidad.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones seguras en la casa (por ejemplo, apagar la estufa, probar las alarmas de incendio).  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre qué hacer y a dónde ir en mi tiempo libre.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre el transporte y ayudarme a utilizarlo.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo enumeradas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender, encontrar, contratar y despedir al personal y servicios de apoyo.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre los viajes a los lugares a los que voy con frecuencia (por ejemplo, ir a las tiendas, al trabajo, a casa de amigos).  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre los viajes a lugares a los que no voy con frecuencia (por ejemplo, eventos especiales, vacaciones).

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente lo que quiero y lo que no quiero en relación con el lugar en el que vivo y lo que hago en mi comunidad.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente cómo tomo decisiones sobre el lugar donde vivo y lo que hago en mi comunidad.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Asegurar que las personas entienden lo que digo sobre mis elecciones y decisiones con respecto al lugar donde vivo y lo que hago en mi comunidad.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo enumeradas aquí: \_\_\_\_\_

**Para que estas personas de apoyo me ayuden con el lugar donde vivo y con mi comunidad, también pueden realizar las siguientes acciones:**

(Ejemplos: ayudarme a analizar qué otras actividades hacer durante el día; hablar directamente con mis personas de apoyo remuneradas; hablar directamente con mis compañeros de cuarto)

**Estas personas de apoyo NO PUEDEN realizar las siguientes acciones para ayudarme con el lugar donde vivo y con mi comunidad:**

(Ejemplos: no pueden cambiar, sin mi consentimiento, el lugar donde vivo; no pueden decidir qué actividades realizo durante el día; no pueden hablar con mis compañeros de cuarto sin mi consentimiento).

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**5. Escuela y educación**

Yo QUIERO \_\_\_ / NO QUIERO \_\_\_ que me ayuden a tomar decisiones sobre la escuela y mi educación. Esta es una lista de las personas que quiero que me ayuden:

Nombre y apellido	Vínculo	Dirección física	Correo electrónico	Número de teléfono

*\* Para más de 3 personas de apoyo, se pueden escribir varias personas en cada fila.*

**Estas personas de apoyo pueden ayudarme de la siguiente manera:**

Escriba **S** para decir "sí" o **N** para decir "no" para indicar si las personas de apoyo pueden o no pueden ayudarte con cada opción.

\_\_\_ Obtener y leer mi información educativa, incluido ver mis expedientes educativos conforme a la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar de 1974 (FERPA, por sus siglas en inglés). Se firma una autorización y se adjunta a este acuerdo.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo enumeradas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre si ir a la escuela, y adónde ir.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre la educación especial y las adaptaciones.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ Asistir a las reuniones educativas conmigo, incluidas las reuniones del IEP y las reuniones escolares.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre las actividades y eventos escolares.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente lo que quiero y lo que no quiero en relación con mi educación.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente cómo tomo decisiones sobre mi educación.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Asegurarse de que la gente comprenda lo que digo sobre mi educación.

\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**Para que estas personas de apoyo me ayuden con mi escuela y mi educación, también pueden realizar las siguientes acciones:**

(Ejemplos: ayudarme a comprender qué opciones prevocacionales tengo, ayudarme a comunicar las decisiones sobre mis intereses prevocacionales a mis profesores y a mis personas de apoyo escolares)

**Estas personas de apoyo NO PUEDEN realizar las siguientes acciones para ayudarme con mi escuela y mi educación:**

(Ejemplos: no pueden asistir a reuniones escolares o del IEP, no pueden decidir qué apoyos recibo en la escuela, no pueden ver mis notas ni informes escolares)

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para: \_\_\_\_\_**

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**6. Trabajo**

Yo QUIERO \_\_\_ / NO QUIERO \_\_\_ que me ayuden a tomar decisiones sobre el trabajo. Esta es una lista de las personas que quiero que me ayuden:

Nombre y apellido	Vínculo	Dirección física	Correo electrónico	Número de teléfono

*\* Para más de 3 personas de apoyo, se pueden escribir varias personas en cada fila.*

**Estas personas de apoyo pueden ayudarme de la siguiente manera:**

Escriba **S** para decir "sí" o **N** para decir "no" para indicar si las personas de apoyo pueden o no pueden ayudarte con cada opción.

\_\_\_ Ayudarme a elegir si quiero trabajar.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender mis opciones de trabajo y a presentarme en puestos de trabajo.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender cómo trabajar afectará mis beneficios (Seguro Social, Medicaid, etc.).  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender los beneficios que puedo tener en el trabajo (vacaciones, licencia por enfermedad, tiempo libre, etc.).  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a solicitar beneficios en el trabajo (vacaciones, licencia por enfermedad, tiempo libre, etc.).  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre los servicios de transición (servicios al salir de la preparatoria).  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo enumeradas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a explorar y tomar decisiones sobre pasantías, aprendizajes o mentorías.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre si debo tomar más clases o capacitaciones para obtener el trabajo que quiero, y ayudarme a tomar estas clases.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a tomar decisiones sobre el empleo con apoyo u otros apoyos y servicios que necesito para trabajar.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Asistir a reuniones sobre mi trabajo con las personas que me apoyan en el trabajo, incluida la Rehabilitación vocacional u otras agencias de empleo.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

\_\_\_ Ayudarme con mi preparación y contratación profesionales.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a solicitar adaptaciones para mi trabajo.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a ir y volver del trabajo todos los días.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a hablar con mi empleador.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente lo que quiero y lo que no quiero en relación con mi trabajo y los apoyos relacionados con este.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a decir a la gente cómo tomo decisiones sobre mi trabajo y los apoyos relacionados con este.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Asegurarse de que la gente comprende lo que digo sobre mi trabajo y los apoyos relacionados con este.  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

**Para que estas personas de apoyo me ayuden con mi trabajo, también pueden realizar las siguientes acciones:**

(Ejemplos: hablar con mi apoyo del trabajo; ayudarme a comprender y decidir mi cronograma laboral; conversar con mi empleador y mi supervisor)

**Estas personas de apoyo NO PUEDEN realizar las siguientes acciones para ayudarme con mi trabajo:**  
(Ejemplos: no pueden conversar con mi supervisor ni mi empleador sin mi consentimiento; no pueden visitarme en el trabajo; no pueden hablar con mis personas de apoyo del trabajo sin mi consentimiento; no pueden imponer mi cronograma laboral)

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**7. Mis derechos y seguridad**

Yo QUIERO \_\_\_ / NO QUIERO \_\_\_ que me ayuden a tomar decisiones sobre mis derechos y mi seguridad. Esta es una lista de las personas que quiero que me ayuden:

Nombre y apellido	Vínculo	Dirección física	Correo electrónico	Número de teléfono

*\* Para más de 3 personas de apoyo, se pueden escribir varias personas en cada fila.*

**Estas personas de apoyo pueden ayudarme de la siguiente manera:**

Escriba **S** para decir "sí" o **N** para decir "no" para indicar si las personas de apoyo pueden o no pueden ayudarlo con cada opción.

\_\_\_ Ayudarme a comprender mis derechos como votante y registrarme para votar.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender mis opciones a la hora de votar en las elecciones.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a emitir mi voto en el acto electoral.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender y firmar contratos y acuerdos formales.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comprender y obtener ayuda si me tratan mal (abuso, negligencia, explotación, influencia indebida, manipulación).  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comunicarme con los demás y asegurar que las personas entienden lo que digo con respecto a mis derechos y cuestiones de seguridad (lo que quiero y lo que no quiero cuando estoy disgustado o en crisis, qué hacer cuando interactúo con los servicios de emergencia).  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**Para que estas personas de apoyo me ayuden con mis derechos y mi seguridad, también pueden realizar las siguientes acciones:**

(Ejemplos: ayudarme a comprender los beneficios para los que reúno los requisitos; ayudarme a solicitar beneficios adicionales; pueden ayudarme a encontrar y conseguir servicios legales; pueden ayudarme a conseguir ayuda cuando no me sienta seguro)

**Estas personas de apoyo NO PUEDEN realizar las siguientes acciones para ayudarme con mis derechos y mi seguridad:**

(Ejemplos: no pueden imponerme con quién puedo y no puedo hablar; no pueden decidir por quién voto; no pueden firmar contratos en mi representación)

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para: \_\_\_\_\_**

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**8. Conocer y hablar con mis personas de apoyo**

Yo QUIERO \_\_\_ / NO QUIERO \_\_\_ que me ayuden a coordinar las reuniones con mis personas de apoyo y a conversar con ellas. Esta es una lista de las personas que quiero que me ayuden:

Nombre y apellido	Vínculo	Dirección física	Correo electrónico	Número de teléfono

*\* Para más de 3 personas de apoyo, se pueden escribir varias personas en cada fila.*

**Estas personas de apoyo pueden ayudarme de la siguiente manera:**

Escriba **S** para decir "sí" o **N** para decir "no" para indicar si las personas de apoyo pueden o no pueden ayudarlo con cada opción.

\_\_\_ Ayudarme a ponerme en contacto con mis personas de apoyo para concertar reuniones.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a hablar con mis personas de apoyo cuando estoy disgustado o tengo un problema con ellos.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a mantener a mis personas de apoyo informadas sobre cómo me va.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a mantener a mis personas de apoyo informadas sobre qué hago.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ayudarme a comunicarme con mis personas de apoyo para asegurarme de que entienden lo que digo.  
 \_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

**Para que yo pueda reunirme y hablar con quienes me ayudan, también pueden realizar las siguientes acciones:**

(Ejemplos: ayudarme a comprender lo que me dicen las personas de apoyo; ayudarme a comunicarme con las personas de apoyo por correo electrónico, por mensaje de texto o por teléfono; ayudarme a defender mis intereses en la reunión con quienes me ayudan; reunirse con mis personas de apoyo sin mi presencia)

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

Estas personas **NO PUEDEN** realizar las siguientes acciones para que yo pueda reunirme y hablar con mis personas de apoyo:

(Ejemplos: no pueden reunirse con mis personas de apoyo sin mí; no pueden conversar con mis personas de apoyo sobre mi persona cuando yo no esté presente)

Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para: \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**9. Otro**

Yo QUIERO \_\_\_ / NO QUIERO \_\_\_ que me ayuden a tomar otras decisiones. Esta es una lista de las personas que quiero que me ayuden:

Nombre y apellido	Vínculo	Dirección física	Correo electrónico	Número de teléfono

*\* Para más de 3 personas de apoyo, se pueden escribir varias personas en cada fila.*

**Estas personas de apoyo también pueden ayudarme de la siguiente manera:**

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo enumeradas aquí: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Todas las personas de apoyo / \_\_\_ Solo las personas de apoyo mencionadas aquí: \_\_\_\_\_

**Estas personas de apoyo NO PUEDEN realizar las siguientes acciones para ayudarme con:**

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**Acuerdos**

Con mi firma a continuación, yo, *quien toma las decisiones*, me comprometo a consultar y colaborar con mis *personas de apoyo* en el proceso de toma de decisiones y en otros asuntos que yo necesite y para considerar (reflexionar sobre) su asesoramiento. Este acuerdo inicia cuando yo lo firme y termina cuando yo decida terminarlo. Para abandonar este acuerdo, las *personas de apoyo* deben avisarme por escrito. Si una *persona de apoyo* abandona el acuerdo, el resto del acuerdo sigue en vigencia.

Con mi firma a continuación, yo, *la persona de apoyo*, me comprometo a estar a disposición con la frecuencia que se necesite para darle a *quien toma las decisiones* el mejor asesoramiento y ayuda que yo pueda brindarle. Para ayudar a *quien toma las decisiones* con el proceso de toma de decisiones sobre su vida, yo me comprometo a darle a esta persona apoyo honesto, de buena fe y solo en el beneficio mencionado según los valores, las necesidades y las preferencias de *quien toma las decisiones*. Cuando lo solicite *quien toma las decisiones*, yo me comprometo a ayudarlo a planificar y organizar los apoyos y servicios que lo ayudarán a vivir con seguridad y éxito en la comunidad sin un tutor legal. Soy una *persona de apoyo* y, como tal, reconozco que yo podría conocer información privada sobre *quien toma las decisiones* y respetaré su confidencialidad. Yo me comprometo a no utilizar mi posición para abusar, explotar, manipular, difamar o ejercer una influencia indebida sobre *quien toma las decisiones*. Si también soy proveedor remunerado, no brindaré apoyo en temas que podrían parecer un conflicto de intereses.

No se exige a ninguna de las partes de este acuerdo que lo firmen, y cualquiera de nosotros puede abandonarlo dándole un aviso escrito a las demás personas en un plazo de 10 días.

\_\_\_\_\_  
Firma de quien toma las decisiones en este acuerdo

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de quien toma las decisiones en este acuerdo

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Yo me comprometo a ser una persona de apoyo conforme a este acuerdo:

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona de apoyo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de la persona de apoyo 1

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona de apoyo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de la persona de apoyo 2

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona de apoyo 3

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de la persona de apoyo 3

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

*Se puede volver a imprimir esta página si se necesita más espacio para las firmas de las personas de apoyo.*

**Cancelación del acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

Yo, \_\_\_\_\_, soy el creador de este acuerdo que trata sobre mí, y me convierte en *quien toma las decisiones*. Yo soy quien toma las decisiones y, como tal, ya no quiero este acuerdo de toma de decisiones con apoyo. Este acuerdo dejará de tener vigencia a partir de la fecha que se indica a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma de quien toma las decisiones en este acuerdo

\_\_\_\_\_  
Fecha de la revocación

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**Facilitador de la toma de decisiones con apoyo (opcional):**

Con mi firma a continuación, yo, el *facilitador*, me comprometo a ayudar a *quien toma las decisiones* en la coordinación de reuniones con sus personas de apoyo si lo necesita y cuándo lo necesite. Me comprometo a hacer todo lo que esté a mi alcance para garantizar que las *personas de apoyo* en este acuerdo actúen con honestidad, de buena fe y de acuerdo con las elecciones de *quien toma las decisiones*. Si sospecho que una *persona de apoyo* abusa, explota o manipula a *quien toma las decisiones* o que una *persona de apoyo* actúa con negligencia o ejerce la influencia indebida con *quien toma las decisiones*, yo conversaré sobre mis preocupaciones con *quien toma las decisiones* y con dicha *persona de apoyo* y, además, cumpliré los “*Protocolos para abordar los abusos y la explotación*”. Además, me comprometo a ayudar y a asesorar a *quien toma las decisiones* en el caso de que tenga problemas o preocupaciones con alguna de sus *personas de apoyo*. Si también soy una *persona de apoyo*, tomaré las acciones necesarias para prevenir posibles conflictos con mi función de *facilitador*.

No se exige a ninguna de las partes de este acuerdo que lo firmen, y cualquiera de nosotros puede abandonarlo dándole un aviso escrito a las demás personas en un plazo de 10 días.

\_\_\_\_\_  
Firma de quien toma las decisiones en este acuerdo

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de quien toma las decisiones en este acuerdo

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del facilitador

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del facilitador

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**Notario (opcional):**

MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA  
CONDADO DE \_\_\_\_\_

El (fecha) \_\_\_\_\_ (nombre de quien toma las decisiones) \_\_\_\_\_  
se presentó y verificó su identidad, reconoció este acuerdo de toma de decisiones con apoyo y firmó la página anterior de acuerdos.

NOTARIO \_\_\_\_\_  
Firma

NÚMERO DE MATRÍCULA \_\_\_\_\_

MI CARGO TERMINA EL \_\_\_\_\_

SELLO

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**Cambios:**

*En cualquier momento, quien toma las decisiones puede realizar cambios en este acuerdo de toma de decisiones con apoyo para agregar a otra(s) persona(s) de apoyo y para modificar cómo las personas de apoyo brindan ayuda. Utilice el siguiente cuadro para tener un seguimiento de los cambios en el acuerdo de toma de decisiones con apoyo. Si necesita más espacio, vuelva a imprimir esta página para agregar más correcciones o complete otro acuerdo de toma de decisiones con apoyo.*

**Cambio 1:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Cambio:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma de quien toma la decisión

\_\_\_\_\_  
Firma de la(s) persona(s) de apoyo participante(s)

\_\_\_\_\_  
Firma de la(s) persona(s) de apoyo participante(s)

**Cambio 2:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Cambio:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma de quien toma la decisión

\_\_\_\_\_  
Firma de la(s) persona(s) de apoyo participante(s)

\_\_\_\_\_  
Firma de la(s) persona(s) de apoyo participante(s)

**Cambio 3:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Cambio:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma de quien toma la decisión

\_\_\_\_\_  
Firma de la(s) persona(s) de apoyo participante(s)

\_\_\_\_\_  
Firma de la(s) persona(s) de apoyo participante(s)

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_

**Mancomunidad de Virginia:  
Acuerdo de toma de decisiones con apoyo**

**Cancelaciones**

*Quien toma las decisiones y las personas de apoyo pueden cancelar su acuerdo en cualquier momento. Esta cancelación no afectará ninguna de las decisiones o acciones tomadas en base al acuerdo inicial de toma de decisiones con apoyo antes de recibir este aviso.*

**Persona(s) de apoyo cancelada(s) 1:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) persona(s) de apoyo cancelada(s):

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

\_\_\_\_\_  
Firma de quien toma la decisión

**Persona(s) de apoyo cancelada(s) 2:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) persona(s) de apoyo cancelada(s):

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

\_\_\_\_\_  
Firma de quien toma la decisión

**Persona(s) de apoyo cancelada(s) 3:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) persona(s) de apoyo cancelada(s):

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

\_\_\_\_\_  
Firma de quien toma la decisión

**Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para:** \_\_\_\_\_