

Nombre y dirección del consumidor:	Nombre del consejero:
	Teléfono del consejero: Marcar el casillero si tiene TDD <input type="checkbox"/>
	Correo electrónico del consejero:

Número de plan

Número de enmienda

Como acordamos, se realizaron los siguientes cambios en los servicios de mi Plan Individualizado de Empleo:

Adición

Cambio

Eliminación

Servicio brindado Fecha

Proveedor de servicios

Financiado por

Inicio

Motivo de la enmienda:

Adición

Cambio

Eliminación

Servicio brindado
Fecha

Proveedor de servicios

Financiado por

Inicio

Motivo de la enmienda:

Estos cambios en su Plan Individualizado de Empleo se ajustan a su decisión informada.

Al firmar a continuación, entiendo que esta Enmienda al Plan entra en vigencia en la fecha en que el consejero de rehabilitación y yo firmamos el documento. Si las dos firmas tienen fechas diferentes, la fecha posterior será la fecha de entrada en vigencia de la Enmienda al Plan.

Para obtener más información, consulte el CCR, título 9, sección 7131(a)(6) en <http://oal.ca.gov>.

Firma del consumidor: 	Fecha de la firma:
Firma del padre, madre, tutor o representante (si es necesario): 	Fecha de la firma:
Firma del consejero de rehabilitación: 	Fecha de la firma:

Anexo - DERECHOS Y RECURSOS DR 1000