**Convenio sobre decisiones asesoradas**

Este convenio se regirá a los que marca el artículo 1357- La Ley sobre Convenios sobre Decisiones Asesoradas del Código de Patrimonios de Herencia en Texas. La razón de este convenio es proporcionarle a las personas con discapacidades el apoyo y la posibilidad de auto-gobernarse con respecto a sus vidas, inclusive la de decidir dónde y con quién desean vivir; los servicios, apoyos y la atención médica que desean recibir y cuándo y dónde desean trabajar. Debe quedar claro que este convenio siempre podrá revocarse en cualquier momento que así lo desee uno u otro de las partes. Si llegase a ser que cualquiera de las partes, ya sea la persona con la discapacidad o su asesor, tuviere alguna duda sobre este convenio, se le recomienda que hable con un abogado para que se le asesore antes de firmarlo.

**Nombramiento del Asesor**

Por medio del presente (nombre y apellido de la persona con la discapacidad) reconozco que decidí participar en este convenio en forma voluntaria.

Adicionalmente, he decidido que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre y apellido del asesor) será mi asesor. Domicilio del asesor:

Número de teléfono del asesor:

Dirección de correo electrónico del asesor:

Como asesor, él/ella podrá ayudarme tomar las siguientes decisiones cotidianas:

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_ obtener comida, ropa y vivienda

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_ cuidados médicos y de salud

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_ cuidados de salud mental

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_ manejar mis asuntos económicos, financieros y mis bienes

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_ cuándo y si debo realizar estudios o capacitaciones adicionales

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_ cuáles servicios y programas de apoyo deseo recibir y cómo mantenerlos

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_ buscar empleo

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_ alguna otra decisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A mi asesor no se le permite decidir por mí pero, para que yo pueda tomar la decisión más indicada, podrá:

1. ayudarme a reunir u obtener la información necesaria para que pueda tomar mis decisiones con respecto a mis cuidados médicos, mi atención psicológica, mis finanzas y mis estudios;

2. ayudarme comprender las opciones que tengo para que yo pueda tomar la decisión más indicada y

3. ayudarme a informar a las personas indicadas de la existencia y contenido de este convenio

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_ Autorizo que mi asesor vea la información que la Ley de HIPAA del 1996 (Pub. L.

No. 104-191) protege. Proporcionaré una autorización y finiquito por escrito.

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_ Autorizo que mi asesor vea los expedientes académicos que la Ley sobre los derechos educacionales y de Privacidad de 1974 (20 U.S.C. fracción 1232g) ampara. Proporcionaré una autorización y finiquito por escrito.

Este Convenio sobre decisiones asesoradas entrará en vigor día en que se firme y seguirá en vigor hasta \_\_\_\_\_\_\_\_ (indique la fecha) o hasta que yo o el asesor decidamos cancelarlo o se cancele por ley.

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

Firma del adulto con discapacidades Nombre y apellido en letras de molde

**RECONOCMIENTO DEL ASESOR**

Por medio del presente, yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre y apellido del asesor) acepto desempeñar el cargo de asesor al que se me nombró por medio de este convenio.

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

Firma del asesor Nombre y apellido en letras de molde

**Este convenio deberá firmarse ante dos testigos o un *Notary Public* (funcionario notarial estadounidense).**

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

Firma del primer testigo Nombre y apellido en letras de molde

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

Firma del segundo testigo Nombre y apellido en letras de molde

**O**

Notary Public (funcionario notarial estadounidense)

Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoy, el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha completa) ante mí comparecieron \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre y apellido del adulto con discapacidades) y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre y apellido del asesor) y en verificación del contenido, lo firmaron.

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

Firma del primer testigo Nombre y apellido en letras de molde

Sello del funcionario notarial (si aplica) Mi cargo caduca el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Personas que celebran este Convenio en español deberán también firma uno en inglés para uso con terceros.

**INFORMACION IMPORTANTE PARA ASESORES:**

Cuando usted queda de acuerdo en apoyar a un adulto con discapacidades bajo este Convenio, usted tiene la obligación de:

1. Actuar en buena fe

2. Actuar con lealtad y sin egoísmo; y

3. Evitar conflictos de interés

**ADVERTENCIA: PROTECCIONES PARA LAS PERSONAS CON DISCPACIDADES**

Toda persona que reciba o tenga conocimiento de este Convenio que llegue a creer que el Asesor está maltratando, abusando de, descuidando o explotando a la persona con discapacidades deberá denunciar dicho maltrato, abuso, descuido o explotación ante el Depto. de Conservación y Protección de Familias llamando al siguiente número gratuito: 1**-800-252-5400** o deberá ingresar a la página [**www.txabusehotline.org**](http://www.txabusehotline.org).

**OBLIGACIONES CON RESPECTO A ESTE CONVENIO**

Toda persona que reciba este Convenio sobre decisiones asesoradas o una copia del mismo podrá valerse del mismo y no asumirá ninguna responsabilidad civil ni penal ni ha cometido una falta de ética profesional con respecto a cualquier acción o falta de acción que realice, siempre y cuando actúe de buena fe y esté cumpliendo con los dispuesto en este Convenio.