



FAMILY SUPPORT SERVICES

**1503 N. Tibbs Rd
Dalton, GA 30720
(706) 270-5050**

**6 Mathis Dr NW
Rome, GA 30165
(706) 295-6425
Fax (706) 295-6478**

A quien le interese,

Gracias por su interés en nuestro Servicio de Apoyo Familiar. Incluidos son la Solicitud de Apoyo Familiar y el Acuerdo. Por favor, rellene estos 2 formularios y mándelos completados con los documentos necesarios (por ejemplo, la IEP escolar, la Evaluación Psiquiátrica, la Verificación Médica, etc). Al punto e que ud. esté idóneo para rebibir los servicios de apoyo, el nombre de su hijo(a) será agregado a nuestra fila de esperar hasta que estén disponibles los fondos suficientes.

Cuando quiera, ud. me puede contactar por teléfono a 706-295-6425, extensión 2061, o por correo electrónico, lisdodd@highlandrivers.org. Si estoy ocupado, puede llamar a Holley Dupree a la extensión 2060 o a Mary Alice Jenkins a la extensión 2069.

Cordialmente,

Lisa Dodd

Coordinador de Apoyo Familiar



Solicitud de Servicios de Apoyo Familiar

Gracias por solicitar fondos a través del Programa de Apoyo a la Familia Financiado por el Estado de Georgia. Tenga en cuenta que los fondos de apoyo familiar financiados por el estado están destinados a ser utilizados como último recurso y usted debe utilizar otros programas antes de solicitar este programa. Por favor, escriba claramente y llene todas las páginas, incluya su firma al final de la solicitud. Cualquier solicitud incompleta no será considerada.

Sección I: Información demográfica

Fecha de solicitud: _____

Nombre individual: _____

Número de Seguridad Social: _____

Género: _____ Masculino _____ Femenino Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Raza (opcional):

_____ Indio americano o nativo de Alaska _____ Asiático o isleño del Pacífico
_____ Afroamericano _____ Caucásico o anglosajón
_____ Grupo multirracial o étnico _____ Otro: _____

Origen étnico

(opcional):

_____ No hispano

_____ Hispano o latino

Información de seguros

Privado: _____ Público (Medicaid) No.: _____

Nombre del miembro de la familia o tutor: _____

Relación con el individuo:

Tutor legal de la persona (padre de un niño menor o tutor de una persona adulta

Dirección postal: _____ Condado de Residencia: _____

Dirección postal: _____ Teléfono: _____

Ciudad, estado, _____ Correo electrónico: _____

código postal: _____

Sección II: Información de diagnóstico

Diagnóstico de Discapacidad del Desarrollo:

Revise cuál de las siguientes categorías de discapacidad es más relevante para la persona identificada:

__ Trastorno del espectro autista Deterioro neurológico (antes de los 22 años)
__ Discapacidad intelectual Retraso en el desarrollo (0 – 8 años)
__ Parálisis cerebral Lesión cerebral traumática (antes de los 22 años)
__ Distrofia muscular Otro: _____

Edad al momento del diagnóstico: _____

Documentación de soporte:

Se requiere la documentación de Diagnóstico. Adjunte una copia de la evaluación psicológica más reciente, el Plan de Educación Individual (IEP) y/o cualquier otra evaluación y documentación con información de diagnóstico. Si no se proporciona documentación de soporte, la solicitud no se tendrá en cuenta.

Revise la documentación de soporte adjunta a esta solicitud:



DBHDD

Evaluación de I&E del DBHDD Determinación de discapacidad del Seguro Social (SS)
 IEP de la escuela Verificación médica
 Evaluación psicológica Otro: _____

Sección III: Información de servicio actual

Revise **todos los** servicios actuales que la persona identificada está recibiendo:

<input type="checkbox"/> Exención de Nuevas Opciones (NOW)	<input type="checkbox"/> Exención integral (COMP)
<input type="checkbox"/> Actualmente en la lista de planificación de DBHDD	<input type="checkbox"/> SOURCE
<input type="checkbox"/> ICWP	<input type="checkbox"/> GAPP
<input type="checkbox"/> CCSP	<input type="checkbox"/> Servicios DBHDD financiados por el estado
<input type="checkbox"/> Exención Deeming (Katie Beckett)	<input type="checkbox"/> Asistencia de cuidado infantil (CAP)
<input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Asistencia para la adopción
<input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Seguridad Social (SSDI):
<input type="checkbox"/> Plan de Educación Individual (IEP)	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Opciones de consejería de ADRC	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Por favor, revise **todas las** fuentes de la red de apoyo natural actual de la persona:

Familia Amigos Iglesia Grupos sociales Compañeros de trabajo Grupo de apoyo
 Otro (describa) _____

Sección IV: Necesidades o solicitudes de servicio

En la siguiente lista, revise los servicios o bienes que su familia ha identificado como necesarios:

(Luego de aprobada su solicitud, se realizará una evaluación para determinar qué servicios o bienes se otorgarán en función de la necesidad y la financiación disponible.)

Cuidado de relevo	Modificaciones del entorno	Costos de vida excepcionales relacionados con la discapacidad
Apoyo a la vida comunitaria	Equipo especializado o tecnología de asistencia	Reembolso de transporte
Acceso a la comunidad	Servicios terapéuticos	Servicios de adaptación de vehículos
Empleo apoyado	Consejería	Cuidado diurno infantil o servicios extraescolares
Servicios dentales	Capacitación a padres o la familia	Otros Servicios de apoyo familiar
Atención médica	Nutrición especializada	Actividades recreativas o de integración en la comunidad social
Cuidado de la visión	Suministros	Asistencia financiera y de planificación de vida
Ropa especializada	Suministros para incontinencia	Consulta y apoyo conductual
Servicios de especializados de diagnóstico		

¿Son los servicios o bienes identificados anteriormente accesibles a través de otras fuentes? Sí No

¿Se han denegado los servicios o bienes identificados anteriormente a través de otras fuentes? Sí No

Servicios o bienes solicitados

Describe el beneficio para la familia si los servicios y bienes anteriores fueron financiados:



Sección V: Sección de acuerdo

Entiendo que para ser elegible para el Programa de Apoyo Familiar, la persona o solicitante debe ser diagnosticada con una discapacidad del desarrollo antes de los 22 años y vivir en el hogar de un miembro de la familia. Por la presente confirmo que la información dada en el momento de la solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

X _____
Firma del individuo (si es mayor
de 18 años)

Fecha

Nombre impreso del individuo

X _____
Firma del padre o tutor
legal
(Si es menor de 18 años)

Fecha

Nombre impreso del padre o tutor



Solicitud de apoyo familiar individualizada

Solo para uso de la oficina o del proveedor

Sección VI: Revisión y determinación de elegibilidad

Nombre de la persona: _____

Fecha de recepción de la solicitud completa: _____

Disposición para el apoyo familiar:

Elegible para Servicios de Apoyo Familiar (reenviar solicitud y documentos de soporte a la RSA regional)

Inelegible para los Servicios de Apoyo Familiar

Agencia proveedora - Nombre: Highland Rivers

Miembro del personal del proveedor - Nombre: _____

Título: FS Coordinator Número de contacto: (706) 295-6425

Dirección de correo electrónico: _____

Miembro del personal del proveedor - Firma: _____ Fecha: _____

Sección VI:

Sólo para uso de la oficina regional

Fecha de recepción de la solicitud

Fecha de revisión de la solicitud: _____

Disposición para el apoyo familiar:

Sí estatus elegible verificado:

No - Indique la razón:

Proveedor: _____

Fecha de notificación: _____

Nombre del miembro del personal regional: _____ Título: _____

Nombre del miembro del personal regional _____ Fecha: _____



DBHDD

ACUERDO DE SERVICIOS DE APOYO FAMILIAR

Este es un acuerdo entre la persona y su familia (como se define en las Políticas de Apoyo Familiar) y el proveedor o agencia con respecto a los Servicios de Apoyo Familiar .

Fecha de inicio del acuerdo: _____ Fecha de finalización del acuerdo: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA O SOLICITANTE

Nombre de la persona: _____

Fecha de nacimiento de la persona: _____

Número de Seguridad Social de la persona: _____

Dirección de la persona: _____

Calle: _____

Calle: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono de la persona: _____

Nombre de un miembro de la familia: _____

(Miembro de la familia que solicita en nombre de la persona)

Relación con la persona: _____

Dirección del miembro de la familia: _____

Calle: _____

Calle: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Marque si es la misma que de la persona

Teléfono del miembro de la familia: _____

Marque si es la misma que de la persona

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor o agencia: Highland Rivers CSB

Dirección del proveedor o agencia: _____

Calle: _____

Calle: 6 Mathis Dr NW

Ciudad, estado, código postal: Rome GA 30165

Número de teléfono del proveedor o agencia: (706) 295-6425

Número de fax del proveedor o agencia: (706) 295-6478



Reconocimientos de Servicios de Apoyo Familiar de la persona o solicitante:

Iniciales Yo, como persona o solicitante atestigo y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

_____ Atestigua que la persona está residiendo en el hogar familiar dentro de la comunidad o los fondos de Apoyo Familiar deben ser utilizados para preparar el hogar y la familia para el regreso de la persona (es decir, el miembro con la discapacidad del desarrollo) de su ubicación de cuidados alternativos .

_____ Entiende y reconoce que los Servicios de Apoyo Familiar no son ni un derecho ni un subsidio y se proporcionan como servicios para ayudar a mantener una unidad familiar cohesiva y para ayudar a la persona a vivir en casa en la comunidad.

_____ Entiende que una determinación de elegibilidad para la Financiación de Apoyo Familiar no garantiza la recepción de fondos para dichos servicios o bienes y se basa en la disponibilidad de los fondos de las Agencias proveedoras de los Servicios de Apoyo Familiar.

_____ Entiende que una determinación de elegibilidad para los Servicios de Apoyo Familiar no es una determinación de elegibilidad para otros Servicios del Departamento de Salud del Comportamiento y Discapacidades del Desarrollo de Georgia (DBHDD), incluyendo, pero sin limitarse a, Servicios Financiados por el Estado y las Exenciones de Nueva Opciones (NOW) y Apoyo Integral (COMP).

_____ Entiende y reconoce que los Servicios de Apoyo Familiar se proporcionan solo en el caso de que los servicios comparables no estén disponibles y/o no puedan ser financiados a través de otros programas (incluyendo, pero sin limitarse a Medicaid, Medicare, organizaciones caritativas, etc.).

_____ Atestigua que la persona y su familia buscarán otros recursos de financiamiento para servicios o bienes similares o conexos, cuando dichos recursos de financiamiento sean identificados como pagador de dichos servicios o bienes.

_____ Comprende y reconoce que Servicios de Apoyo Familiar son un programa basado en las necesidades.

_____ Entiende y atestigua que los servicios o bienes solicitados no están disponibles a través del Plan de Educación Individualizado (IEP) y están protegidos por la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) y la responsabilidad de financiarlos a través de la Autoridad Educativa Local (LEA).

_____ Entiende y reconoce que los niveles de financiación pueden cambiar sin notificación previa.

_____ Entiende y reconoce que todos los fondos disponibles a través de los Servicios de Apoyo Familiar se utilizarán únicamente para el (los) propósito(s) documentado(s) en el Plan de Apoyo Familiar Individual (IFSP) y para beneficiar a la persona diagnosticada con una discapacidad del desarrollo.

_____ Entiende y reconoce que todos los servicios y bienes solicitados deben estar relacionados con la discapacidad del desarrollo, y se solicitan con el único propósito de ayudar a la familia a permanecer unida como una unidad familiar para ayudar a la persona a permanecer en el entorno comunitario.

_____ Entiende y reconoce que solo se proporcionarán los servicios o bienes enumerados en el Plan de Apoyo Familiar Individual (IFSP) y que dichos servicios o bienes se limitarán al ritmo, frecuencia y financiamiento identificados. Todos los servicios o bienes que no figuran en el Plan de Apoyo Familiar Individual no son elegibles para financiamiento y/o reembolso.

_____ Entiende y reconoce que, bajo ninguna circunstancia, los fondos de Apoyo Familiar pueden ser adelantados, a menos que se cuente con aprobación previa expresa, a la persona, a la familia de la persona o a cualquier proveedor de servicios.

_____ Entiende que la necesidad continua de los Servicios de Apoyo Familiar será revaluada al menos una vez al año..



D-B-H-D-D

Entiende y reconoce que la persona debe presentar recibos u otra documentación para comprobar cualquier gasto para el cual la persona solicite el pago o reembolso y que todas las solicitudes de reembolso deben cumplir con la Política de Servicios de Apoyo Familiar. Entiende que todas las solicitudes de reembolso directo deben ser previamente autorizadas por el proveedor y enumeradas en el IFSP. Entiende que cualquier declaración falsa de gastos u otro intento de apropiarse indebidamente de estos fondos está estrictamente prohibido y está sujeto a acciones legales y dará lugar a la restricción de por vida para recibir cualesquier fondo o servicios o bienes futuros a través de los Servicios de Apoyo Familiar por parte de la persona.

Entiende y reconoce que cualquier declaración falsa de las necesidades de la persona, resultará en la interrupción inmediata de los servicios, en la restricción de por vida de la persona para recibir cualesquier fondo o servicio futuro a través de los Servicios de Apoyo Familiar. Además, la persona, por parte del solicitante, será responsable de devolver los fondos recibidos sobre la base de dicha(s) declaración(es) falsa(s) o apropiación(es) indebida(s).

Entiende y reconoce que la persona debe proporcionar documentación de soporte que compruebe que los Servicios de Apoyo Familiar son el pagador de último recurso, incluyendo pero no limitado a denegación de seguros, falta de cobertura del seguro, verificación de la falta de financiación de recursos comunitarios.

Entiende y reconoce que cualquier persona que proporcione servicios de relevo como parte de Apoyo Familiar debe recibir aprobación previa para proporcionar cualquier servicio de relevo (el reembolso de cualquier servicio proporcionado antes de ser aprobado, no será elegible para financiamiento bajo los Servicios de Apoyo Familiar).

Entiende y reconoce que los fondos de Apoyo Familiar no pueden ser utilizados para reembolsar los fondos ya gastados por la familia antes de solicitar y ser aprobados para los Servicios de Apoyo Familiar y/o no pueden ser usados para reembolsar o financiar servicios que no se encuentran enumerados en el IFSP.

Entiende y reconoce que si el proveedor o la agencia determinan que el monto anual de financiamiento no se agotará antes de la fecha de finalización del Plan de Apoyo Familiar Individualizado, el proveedor o la agencia tienen derecho de reducir y/o suspender el financiamiento sin notificación previa.

Entiende y reconoce que los beneficiarios del programa de Servicios de Apoyo Familiar no constituyen un programa sin derecho y no es elegible para presentar apelaciones de servicios o bienes y/o cambios de financiamiento.

Entiende y reconoce que las familias pueden recibir Servicios de Apoyo Familiar de un solo proveedor o agencia a la vez. Las familias se comprometen a cambiar de proveedor o agencia solamente con justificación con respecto a las necesidades de servicio y no pueden cambiar de agencias basándose únicamente en los límites de financiamiento. Las transferencias durante el ejercicio fiscal deben ser revisadas y aprobadas por la Oficina Regional de Campo.

Acepta utilizar los Servicios de Apoyo Familiar de conformidad con todas las políticas aplicables, incluyendo los requisitos de los proveedores de servicios.

Verifico que he proporcionado información completa y precisa al proveedor o la agencia con respecto a los esfuerzos de la persona para obtener servicios a través de otros programas y con respecto a los recursos y necesidades de la persona y que los Servicios de Apoyo Familiar son el pagador de último recurso de todos los bienes o servicios enumerados en el Plan de Apoyo Familiar Individualizado.



Acuerdo de Servicios de Apoyo Familiar:

El Proveedor acepta lo siguiente:

1. El proveedor desarrollará un Plan de Apoyo Familiar Individual (IFSP) para la persona solicitante. El proveedor desarrollará el IFSP en consulta con la persona o el solicitante.
2. El proveedor designará a un Coordinador de Apoyo Familiar como un único contacto para trabajar con la persona o el solicitante y la familia en la obtención de Servicios de Apoyo Familiar.
3. El proveedor revisará el IFSP anualmente y lo modificará en función de los recursos o necesidades.
4. El proveedor informará por escrito a la persona o al solicitante de los derechos del solicitante a participar en las revisiones del IFSP y en el IFSP y a revisar una denegación, interrupción o reducción de los beneficios.

Ambas partes acuerdan lo siguiente:

1. El proveedor y la persona o solicitante y la familia firmarán ambas copias de este acuerdo y devolverán una copia firmada a la Oficina Regional de DBHDD correspondiente. El proveedor mantendrá una copia en el archivo para la revisión de DBHDD según lo solicitado.
2. Este acuerdo contiene el acuerdo completo entre las partes y no hay otras promesas o condiciones en ningún otro acuerdo, ya sea oral o escrito. Este acuerdo sustituye a cualquier acuerdo previo oral o escrito entre las partes. Este acuerdo no impide que las partes celebren otros acuerdos con terceros.
3. Este acuerdo no podrá ser enmendado o modificado, excepto por escrito y con las firmas de ambas partes.
4. El hecho de que una de las partes no haga cumplir alguna disposición de este acuerdo no se interpretará como una renuncia o limitación del derecho de esa parte a hacer cumplir posteriormente y obligar al cumplimiento estricto de todas las disposiciones de este acuerdo.
5. Este acuerdo es una parte necesaria del Plan de Apoyo Familiar Individual; no se podrán gastar fondos de Apoyo Familiar antes de que ambas partes firmen este acuerdo.
6. Este acuerdo solo está activo durante un período de un año y debe completarse anualmente para continuar con los servicios.

Firmas:

Al firmar, acepto y reconozco que toda la información proporcionada al proveedor o agencia de Servicios de Apoyo Familiar y que estoy de acuerdo con los Acuerdos de Apoyo Familiar anteriores y cumpliré con toda la solicitud de documentación adicional del estado y del proveedor o agencia. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las Políticas de Servicios de Apoyo Familiar.

X		
Firma de la persona o del solicitante	Impreso	Fecha

X		
Firma del miembro de la familia	Impreso	Fecha

Firma del Coordinador de Apoyo Familiar	Fecha

RELEASE OF INFORMATION
Highland Rivers Community Service Board

FILL OUT EACH SECTION WHERE INDICATED Individual's Name: _____

Section A – Authorization: [READ]

By signing this form, I authorize Highland Rivers, including any affiliated program, to use and disclose my individually-identifiable health information as specified below:

Section B – Authorized Recipients: [FILL-IN]

My information may be disclosed to / from: _____
Address: _____

Section C: Designation of records to be released [CHECK ALL THAT APPLY]

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Psychiatric/Psychological Records (evaluation, assessment, treatment, attendance and discharge plan) | <input type="checkbox"/> Clinic & Doctor Notes | <input type="checkbox"/> Group Notes |
| <input type="checkbox"/> Substance Use Disorder Treatment Records (assessment, treatment, attendance and discharge plan) | <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> Drug Screens |
| <input type="checkbox"/> Individual Service Recovery Plan | <input type="checkbox"/> Rehabilitation Plan | <input type="checkbox"/> Test/Lab Results |
| <input checked="" type="checkbox"/> Other: [specify] _____ <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Individual Education | <input type="checkbox"/> Prescribed Medications |
| Case Coordination | <input type="checkbox"/> Support Plan/Family | |

Section D: Purpose of Disclosure [MUST CHECK AT LEAST ONE]

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Continuity of care | <input type="checkbox"/> Determination of benefits | <input type="checkbox"/> Compliance with services and treatment plan |
| <input checked="" type="checkbox"/> Coordination of services | <input type="checkbox"/> Determination of eligibility | <input type="checkbox"/> Compliance with court ordered treatment plan |
| <input type="checkbox"/> Adherence to subpoena(s) | <input type="checkbox"/> Representation of Individual | <input type="checkbox"/> Treatment outcome and effectiveness |
| <input type="checkbox"/> If information is not substance use related and individual declines to state purpose check here. | <input type="checkbox"/> Other: | |

If request is for a specific time period or program please specify:
Date From: _____ To: _____ Program: _____

Section E: Expiration

I understand that this authorization will expire within one year of the date of my signature below unless I specify another date/event here: DISCHARGE

Section F: Other Information

I understand that: (1) the Highland Rivers CSB cannot guarantee that the recipient of this information will not re-disclose this information to a third party. The recipient may not be subject to federal laws governing privacy of health information. However, if the disclosure consists of treatment information about an individual in a substance use program, the recipient is prohibited under federal law from making any further disclosure of such information unless further disclosure is expressly permitted by written consent of the individual or as otherwise permitted by federal law governing confidentiality of substance use rehabilitation patient records (42 CFR, Part 2); (2) except where I am receiving health care solely for the purpose of creating information for disclosure to a third party, I may refuse to sign this Authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment from the Highland Rivers CSB; and (3) I may revoke this authorization in writing at any time, except that the revocation will not have any effect on any action taken by the Highland Rivers CSB in reliance on this authorization before written notice of revocation is received (See Notice of Privacy Practices).

X **Signature of Individual** _____ Date _____ Time _____ AM/PM

Individual's Date of Birth: _____ Last 4 digits of Individual's Social Security Number: _____

* _____

X **Signature of Parent or Legal Representative (if applicable)** _____ Date _____ Time _____ AM/PM

*Must Specify Relationship to Individual (Parent, Guardian, etc.)

USE THIS SPACE ONLY IF INDIVIDUAL WITHDRAWS CONSENT

Date revoked by Individual: _____ Signature of Individual: _____



Nombre de la persona/consumidor/paciente/solicitante

Fecha de nacimiento O número de seguro social

AUTORIZACION DE DIVULGACION DE INFORMACION: SOLICITUD ESTANDAR

Por medio de la presente autorizo que se divulgue la informacion o registros

De: DBHDD Field Office One
(Nombre del proveedor de atencion medica que posee la informacion - agencia de divulgacion)
1230 Bald Ridge Marina Rd, Ste 800, Cumming, GA 30041
(Direccion) (Telefono/Fax) 678-947-2818/678-947-2817
Highland Rivers
(Nombre de la persona o agencia a quien debe divulgarse la informacion - agencia solicitante)
6 Mathis Dr. NW, Rome, GA 30165
(Direccion) (Telefono/Fax) 706-295-6425/706-295-6409

- X Iniciales All information necessary to secure and continue state funded or waiver services
X Iniciales Autorizo que se divulgue la informacion relacionada con el abuso de alcohol o drogas, si es el caso.
X Iniciales Autorizo la divulgacion de informacion relacionada con pruebas de VIH o SIDA

La divulgacion de informacion anterior sirve para los fines de: Review of records, secure and continue state funded or waiver services

- 1. Entiendo que el receptor de la informacion divulgada conforme a esta autorizacion podra divulgarla nuevamente...
2. Entiendo que, en virtud del Titulo 42 delCodigo de Regulaciones Federales...
3. Entiendo que el Departamento o mi proveedor de atencion medica no condicionaran mi tratamiento...
4. Pretendo que este documento sirva como autorizacion valida ajustada a todos los requerimientos del Reglamento de Privacidad y la Ley Estatal...

Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento, segun se muestra en el apartado final de este documento...

X Firma de la persona/consumidor/paciente/solicitante Nombre en letra imprenta Fecha

X O firma de otra persona autorizada en nombre del Beneficiario (marque uno): Nombre Fecha
[] Padre [] Tutor [] Custodio legal del menor
[] Agente designado mediante la directiva anticipada del Beneficiario

UTILICE ESTE ESPACIO SOLO SI SE REVOCA LA AUTORIZACION

Por la presente revoco esta autorizacion y enviare notificacion escrita de mi revocacion al personal de mi proveedor de atencion medica O al Oficial de Privacidad del Departamento en 2 Peachtree St. NW, Suite 22.240 Atlanta, GA 30303-142.

Fecha de revocacion de la autorizacion

Firma del Beneficiario o representante legalmente autorizado