

한 가지 선택: NHTD TBI

(참여자 이름) _____ (CIN) _____ 본인은 현재 본인에게 이 서비스를 제공하고 있는 면제 서비스 제공 기관 및/또는 기관 직원에 대한 다음과 같은 변경을 요청합니다.

본인은 이 기존 면제 서비스 제공 기관을 유지하거나 이 서비스에 대해 승인된 모든 면제 서비스 제공자 목록에서 새로운 기관을 선택할 수 있는 본인의 권리를 안내받았습니다.

면제 서비스	기존 제공 기관 이름 또는 제공 기관 직원 이름 및 전화번호	요청된 제공 기관 이름 또는 제공 기관 직원 이름 및 전화번호

참여자 서명 _____ 날짜 _____

법적 보호자 서명(해당하는 경우) _____ 날짜 _____

공인 대리인 서명(해당하는 경우) _____ 날짜 _____

참고: 서비스 코디네이터는 기존 및 요청된 제공자에게 이 요청 사실을 안내해야 합니다.

기존 서비스 코디네이터 서명 _____ 날짜 _____

기관명 _____

이행 회의 실시일(mm/dd/yyyy): _____ 시간: _____ 오전/오후

요청된 제공자 작성란:

will provide service(s) to the above named participant
 will not provide service(s) to the above named participant

Provider/Provider Agency _____

Reason: _____

Provider Contact Signature/Title _____ Date _____

지역 자원 개발 전문가 작성란:

This request for change in waiver Provider and/or waiver Provider Agency has been reviewed and:

Approved, services to begin effective: _____
 Denied (explanation) _____

Regional Resource Development Specialist Signature _____ Date _____

참조: 참여자
법적 보호자(해당하는 경우)
기존 면제 서비스 제공자
신규 면제 서비스 제공자
기존의 전체 제공 기관