

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA DEPARTAMENTO  
DE FINANZAS DE ATENCIÓN MÉDICA**



**ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE LARGO PLAZO  
PROGRAMA *SERVICES MY WAY***

**JUSTIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN  
DEL PRESUPUESTO DE LOS SERVICIOS DIRIGIDOS POR EL PARTICIPANTE  
(PARTICIPANT-DIRECTED SERVICES, PDS)**

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Número de identificación de Medicaid del participante \_\_\_\_\_

Número de teléfono del participante \_\_\_\_\_

Nombre del representante autorizado (*Si corresponde*) \_\_\_\_\_

Número de teléfono del representante autorizado (*Si corresponde*) \_\_\_\_\_

Nombre del agente de apoyo del participante \_\_\_\_\_

Número de teléfono del agente de apoyo \_\_\_\_\_

Fecha de la Solicitud de modificación de los PDS \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta para las modificaciones de los PDS \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**I. Razones para presentar la Solicitud de modificación del presupuesto de PDS (*Marque una*)**

\_\_\_\_\_ Revaluación      \_\_\_\_\_ Reasignación de los fondos del presupuesto de PDS

**II. Descripción de las modificaciones propuestas al presupuesto de PDS (Complete y adjunte el Formulario del presupuesto de PDS revisado a este documento).**

**III. Si la Solicitud de modificación del presupuesto de PDS es para una reasignación de los fondos de presupuesto de PDS actual del participante, complete la siguiente declaración de seguridad.**

Yo, \_\_\_\_\_, solicito una  
*(Nombre del participante)*  
modificación a mi presupuesto de PDS actual con vigencia a partir del \_\_\_\_\_  
*(Fecha de vigencia del presupuesto actual de PDS)*  
Esta modificación reasigna los fondos de los PDS \_\_\_\_\_ de Medicaid  
*(Componente del presupuesto de PDS)*  
de \_\_\_\_\_  
*(Componente del presupuesto de PDS)*

Garantizo que esta reasignación de los fondos de mi presupuesto de PDS no resultará en un aumento en el monto de los fondos totales de Medicaid incluidos en mi presupuesto actual de PDS.

**IV. Firmas**

_____ Firma del participante	_____ Fecha
_____ Firma del representante autorizado <i>(Si corresponde)</i>	_____ Fecha
_____ Firma del agente de apoyo	_____ Fecha