

Agency Name / Nombre de la Agencia	Agency Address / Dirección de la Agencia	Phone # / # de Teléfono	Fax # / # de Fax
The Arc Williamson County	129 West Fowlkes St., Suite 143 Franklin, TN 37064	615-790-5815 extension 3	615-790-5891
Name of Person Supported / Nombre de la Persona que Recibe Apoyo:	Social Security Number / Número de Seguro Social:	Date of Birth / Fecha de Nacimiento:	
Name of Primary Family Member / Nombre de Miembro de la Familia Inmediata:	Phone Number / Número de Teléfono:	Email Address / Correo Electrónico:	
Client ID# (optional) / Número de Identificación del Cliente (opcional):	Reason for the Need for Support / Razón por la que Necesita Apoyo: En Desarrollo		

Services To Be Provided / Servicios que se Proveerán *Please check all which apply/ Por favor marque todo lo que corresponda					
Before/After Care / Cuidados Antes y Después de Clases		Home Modifications / Modificaciones en el Hogar		Specialized Equipment & Repair and/or Maintenance / Equipo Especializado y Reparación y/o Mantenimiento	
Behavior Services / Servicios de Conducta		Homemaker Services / Servicios Domésticos		Specialized Nutrition, Clothing, and/or Supplies / Nutrición Especializada, Ropa y/o Suministros	
Day Care / Guardería		Nursing/Nurse's Aide / Enfermería/Ayudante de Enfermería		Training / Capacitación	
Emergency Living Expenses / Gastos Cotidianos de Emergencia		Personal Assistance / Asistencia Personal		Transportation / Transporte	
Family Counseling / Consejería Familiar		Recreation/Summer Camp / Recreación/Campamento de Verano		Vehicular Modifications / Modificaciones Vehiculares	
Health Related / Relacionados con la Salud		Respite / Cuidados de Relevo		Other / Otro:	
TOTAL Plan Amount not to exceed / El monto TOTAL del plan no debe exceder:					\$

Frequency/Duration / Frecuencia/Plazo Según sea Necesario
 Method for Payment for Service / Método de Pago por el Servicio: Reemboloso

**Categories may be changed by recipient as needed as long as the maximum financial commitment is not exceeded. Program participation cannot be guaranteed beyond this contract year. The Family Support Program is funded under an agreement with the State of Tennessee. / El beneficiario puede cambiar las categorías según sea necesario mientras el máximo compromiso financiero no se exceda. La participación en el programa no puede garantizarse más allá de este año de contrato. El Programa de Apoyo a las Familias es financiado mediante un acuerdo con el Estado de Tennessee.*

AGREEMENT/ ACUERDO

The Family Support Program is not responsible for payment of services exceeding the plan allotment. The person who has signed below has participated in the development of this plan and indicates their agreement to the plan by their signature. / El Programa de Apoyo Familiar no es responsable de pagos que excedan la adjudicación del plan. La persona que ha firmado abajo ha participado en el desarrollo de este plan e indica su acuerdo con el plan mediante su firma.

The following must be received in the Family Support Office in order to receive services / Lo siguiente debe presentarse en la Oficina de Apoyo Familiar para que reciba servicios:

1. The signed copy of the Family Support Service Plan and Title VI "Discrimination is Prohibited" Form, / La copia firmada del Plan de

Servicio de Apoyo Familiar y el Formulario "Se Prohíbe la Discriminación" del Título VI,

2. Verification of address, / Verificación de la dirección,
3. Verification of disability and citizenship (if requested) / Verificación de discapacidad y ciudadanía (si se le solicita).

By signing and dating this form, I, the person supported or legal representative, indicate that all of the information above is true and accurate. Furthermore, I understand providing invalid, inaccurate or incomplete information may result in denial of a claim, disenrollment from the program and/or criminal investigation. Disenrollment from the program would prevent reapplication in subsequent years. / Al firmar y colocar la fecha en este formulario, yo, la persona que recibe apoyo o su representante legal, indico que toda la información anterior es verdadera y exacta. Además, entiendo que el hecho de proporcionar información inválida, inexacta o incompleta puede dar lugar a la denegación de una solicitud, la desafiliación del programa y/o una investigación penal. La desafiliación del programa impediría volver a presentar una solicitud en los años posteriores.

Signature of Person Supported or Family Representative /
Firma de la Persona que Recibe Apoyo o el Representante Familiar

Signature of Agency Representative /
Firma del Representante de la Agencia

Date Signed / Fecha de la Firma

Date Signed / Fecha de la Firma

<input checked="" type="checkbox"/> Regular Plan / Plan Regular <input type="checkbox"/> Emergency Plan/ Plan de Emergencia	Approved by the Local Council / Aprobado por el Consejo Local 5/17/23	<i>The Agency complies with Title VI, which prohibits discrimination on the basis of race, color, or nationality. / La agencia cumple con el Título VI, que prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, o nacionalidad.</i>
--	--	---