Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Missouri
P.O. Box 570, Jefferson City, MO 65102-0570 Teléfono: 573-751-6400 FAX: 573-751-6010

Julia M. Eckste
Directora

Matt Blunt
Gobernador

DECLARACIÓN DE RECIBO

1. NOMBRE DEL USUARIO: _____
Escriba en letra de molde el primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO DEL USUARIO _____ _____ _____
Mes *Día* *Año*

3. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL USUARIO: _____

4. No. de Medicaid (DNC) del usuario (si corresponde) _____

Declaro que he recibido una copia del Aviso de las Políticas de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Missouri y se me ha informado dónde puedo obtener las revisiones posteriores a este Aviso.

_____
Escriba en letra de imprenta el primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido del usuario/padre/tutor legal/titular del poder legal duradero para los cuidados de la salud (DPOA-HC, por sus siglas en inglés)

_____ _____
Firma del usuario/padre/tutor legal/titular del poder legal duradero para los cuidados de la salud (DPOA-HC) **FECHA**

NOTA: Si este documento se firma por el tutor legal o titular del poder legal duradero para los cuidados de la salud (DPOA-HC, por sus siglas en inglés), adjuntar una copia de las Cartas que designan al tutor legal o la copia del Poder legal duradero para los cuidados de la salud.

Por favor marque una de las siguientes opciones para indicar la relación entre el usuario y la persona cuya firma aparece en la línea superior:

☐ USUARIO ☐ PADRE DEL USUARIO ☐ TUTOR LEGAL DEL USUARIO ☐ PODER LEGAL DPOA-HC DEL USUARIO

☐ EL USUARIO SE NEGÓ A FIRMAR LA DECLARACIÓN

_____ _____
Firma del funcionario de DHSS (si está presente cuando se otorgó el Aviso) **FECHA**

Actualizado: 07/03 acr