Departamento de Servicios
para Adultos Mayores y
Personas Discapacitadas de
Texas

Forma 1721-S
Noviembre de 2009

Servicios Administrados por el Cliente

Revocación del nombramiento de un representante designado

Nombre de la persona	Núm. de Medicaid
Nombre del empleador	
Relación del empleador con la persona que recibe servicios: ☐ Yo mismo ☐ Tutor o curador nombrado por la corte ☐ Padre de un menor ☐ Otro representante legalmente autorizado (LAR) _____	

Yo, _____ , el empleador, cumpliré con todas las responsabilidades del empleador **sin** utilizar a un representante designado (DR). Esta revocación del uso de un representante designado entra en vigor el (date) _____ .

Empleador:

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo (obligatorio):

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____