

ACUERDO DE TOMA DE DECISIONES CON APOYO DE COLORADO PARA ADULTOS CON DISCAPACIDAD. Estatuto Revisado de Colorado 15-14-801.



1. ¿Qué es un acuerdo de toma de decisiones con apoyo?

La legislatura de Colorado de 2021 aprobó el proyecto de ley del Senado 21-075, con el acuerdo de toma de decisiones con apoyo para adultos con una discapacidad, C.R.S. 15-14-801. La ley describe un acuerdo de toma de decisiones con apoyo como el método voluntario de toma de decisiones en el que un adulto con discapacidad toma decisiones mediante un acuerdo con amigos, familiares, profesionales u otras personas en las que el adulto con discapacidad confía en una comunidad de apoyo para ser parte de esta.



2. ¿Qué tipo de decisiones cubre un acuerdo de toma de decisiones con apoyo?

La toma de decisiones con apoyo es un medio de apoyo inclusivo para las personas con discapacidad. Después de consultar con los miembros de una comunidad de toma de decisiones con apoyo, esta opción proporciona a los adultos con discapacidad la libertad de tomar decisiones vitales por sí mismos. La persona en el acuerdo de toma de decisiones con apoyo puede ayudar al adulto con discapacidad a acceder, recopilar u obtener y comprender la información relevante para una determinada decisión vital de cualquier persona, incluyendo, pero sin limitarse a ello, las decisiones médicas, psicológicas, financieras, educativas, ocupacionales y sociales, los registros de tratamiento, cómo y en qué relaciones decide participar el adulto con discapacidad, la información sobre cómo se elige una comunidad de apoyo y ayudar al adulto con discapacidad a comunicar sus decisiones a las personas adecuadas.



3. ¿Cómo se comparte el acuerdo de toma de decisiones con apoyo con los demás?

El acuerdo de toma de decisiones con apoyo puede compartirse con los proveedores de la comunidad, incluidos los proveedores de atención médica, los proveedores de servicios de empleo, los empleados de instituciones financieras y otros miembros de la comunidad que participan en la vida del adulto.

Hacer copias del acuerdo para las reuniones y discusiones es una forma de garantizar que los miembros de la comunidad tengan acceso al acuerdo y entiendan cómo la comunidad de apoyo está ayudando al adulto con discapacidad. Es importante recordar que hay que guardar la copia original en un lugar seguro.



4. ¿Con qué frecuencia se revisa el acuerdo de toma de decisiones con apoyo?

La ley de Colorado no establece un marco de tiempo para la frecuencia con la que se debe revisar el acuerdo; sin embargo, la **MEJOR PRÁCTICA** es revisar el acuerdo anualmente. Si ha habido cambios en el acuerdo durante el último año, es la **MEJOR PRÁCTICA** que el decidor y los partidarios firmen el acuerdo con testigos actualizados de las firmas o con firmas actualizadas ante notario.



5. ¿Cuesta dinero el acuerdo?

Un miembro de una comunidad de apoyo no tiene derecho a recibir ningún tipo de compensación por la asistencia prestada en virtud del acuerdo. La creación del acuerdo no debe costar dinero, a menos que el adulto con discapacidad decida pagar a alguien para que lo redacte. Es probable que un notario cobre una tarifa por el servicio, a no ser que un miembro de la comunidad de apoyo o la persona que decide tenga una cuenta en la institución donde trabaja el notario.



6. ¿Siguen existiendo otras opciones cuando se tiene un acuerdo de toma de decisiones solidario?

Es importante tener en cuenta que, si usted es una persona con discapacidad, tiene una variedad de procesos formales e informales disponibles para tomar decisiones. Estas opciones incluyen poderes médicos y financieros, tutela, tutela limitada, custodia, custodia especial, formularios de divulgación de información, cuentas bancarias conjuntas, defensa de la comunidad, gestión de casos, testamentos en vida, fideicomisos, sustitución de la atención médica y representantes de los beneficiarios. La toma de decisiones con apoyo es una alternativa menos restrictiva a los apoyos ordenados por el tribunal. Esta opción puede utilizarse por sí sola o como complemento de una de las otras opciones ya disponibles en la legislación del estado de Colorado.

The Arc of Colorado ha creado un formulario de acuerdo de muestra para su comodidad y referencia. Puede utilizar este formulario o crear el suyo propio para mostrar a las personas de la comunidad que ha firmado un acuerdo de toma de decisiones con apoyo con una persona de confianza. Este formulario no sustituye a un acuerdo ordenado por un tribunal, pero puede utilizarse además de dicho acuerdo si es apropiado.



7. ¿Qué se requiere en el formulario?

Los acuerdos de toma de decisiones con apoyo son una opción menos restringida disponible para las personas que desean mantener su independencia, pero que quieren disponer de una comunidad de apoyo para determinadas situaciones en las que se tomen decisiones que afecten de algún modo a la vida de la persona.

UN ACUERDO DE TOMA DE DECISIONES CON APOYO PUEDE SER DE CUALQUIER FORMA, PERO SÓLO ES VÁLIDO SEGÚN EL C.R.S 15- 14-801 SOLO SI CONTIENE, COMO MÍNIMO, LO SIGUIENTE:

1. EL NOMBRE DEL ADULTO CON DISCAPACIDAD.
2. EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN, EL NÚMERO DE TELÉFONO Y LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL MIEMBRO DE LA COMUNIDAD DE APOYO.
3. SI PROCEDE, UNA LISTA DE LAS DECISIONES QUE EL ADULTO CON DISCAPACIDAD SOLICITA QUE EL MIEMBRO DE LA COMUNIDAD DE APOYO LE ASESORE.
4. UNA DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES DEL ACUERDO DEL MIEMBRO DE LA COMUNIDAD DE APOYO, QUE INCLUYA, COMO MÍNIMO:
 - a) EL PLAZO DEL ACUERDO PARA:
 - i. PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR EL ADULTO CON DISCAPACIDAD.
 - ii. RESPETAR QUE LA DECISIÓN FINAL Y ÚLTIMA ES DEL ADULTO CON DISCAPACIDAD Y NO DEL MIEMBRO DE LA COMUNIDAD DE APOYO.
 - iii. NO COACCIONAR NI MANIPULAR AL ADULTO CON DISCAPACIDAD PARA QUE TOME NINGUNA DECISIÓN.
 - iv. PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN MÁS ACTUALIZADA Y RELEVANTE AL ADULTO CON DISCAPACIDAD, BASÁNDOSE EN TODA LA INFORMACIÓN DISPONIBLE Y CONOCIDA QUE TENGA EL MIEMBRO DE LA COMUNIDAD DE APOYO.

- v. UN AVISO DE QUE CUALQUIER INFORMANTE OBLIGATORIO, COMO SE DESCRIBE EN LA SECCIÓN 18-6.5- 108, QUE SE BASA EN EL ACUERDO DE TOMA DE DECISIONES CON APOYO, TIENE MOTIVOS PARA CREER QUE EL ADULTO CON UNA DISCAPACIDAD ESTÁ SIENDO MALTRATADO, COMO SE DEFINE EN LA SECCIÓN 18-6.5-102 (10.5), POR UN MIEMBRO DE LA COMUNIDAD DE APOYO, DEBERÁ INFORMAR DEL SUPUESTO MALTRATO A LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE ADULTOS.
-
- 5. EL DÍA, EL MES Y EL AÑO EN QUE SE CELEBRÓ EL ACUERDO.
 - 6. EL ACUERDO DE TOMA DE DECISIONES CON APOYO DEBE SER FIRMADO VOLUNTARIAMENTE, SIN COACCIÓN NI INFLUENCIA INDEBIDA, POR EL ADULTO CON DISCAPACIDAD Y CADA MIEMBRO DE LA COMUNIDAD DE APOYO EN PRESENCIA DE DOS O MÁS TESTIGOS DESINTERESADOS DE DIECIOCHO AÑOS O MÁS, O DE UN NOTARIO PÚBLICO.

Acuerdo de toma de decisiones respaldado.

En el día de 20, yo, celebro un acuerdo voluntario de conformidad con el Estatuto Revisado de Colorado, Título 15 Artículo 14 Parte 8 "Acuerdo de toma de decisiones con apoyo para adultos con una discapacidad". Celebro este acuerdo con mi(s) acompañante(s) como parte de mi comunidad de apoyo, que puede(n) ayudarme a entender los problemas y las opciones y que puede(n) responder a las preguntas y comunicarse en mi nombre si yo se lo indico específicamente. Mi(s) acompañante(s) también puede(n) ayudarme a facilitar las decisiones relativas a mi salud, seguridad, bienestar o asuntos financieros cotidianos, proporcionándome la información más actualizada y relevante disponible y conocida por mi(s) acompañante(s). Mi(s) colaborador(es) no tomará(n) decisiones en mi nombre y no me coaccionará(n) ni manipulará(n) para que tome una decisión. La decisión que se tome será mi propia decisión final y última. No se intercambiará dinero en efectivo o en especie por la asistencia prestada en virtud de este acuerdo.

AVISO: Una persona no está sujeta a responsabilidad penal o civil y no incurre en mala conducta profesional por un acto u omisión si el acto u omisión es uno de buena fe y en confianza en un acuerdo de toma de decisiones con apoyo y su autoridad para asistir como se presenta.

**CUESTIONES ABORDADAS EN VIRTUD DEL PRESENTE
ACUERDO**

Por favor, marque lo que corresponda. Casilla/Asunto(s) apropiado(s)	Nombre o nombres de los colaboradores.	Fecha añadido	Fecha quitado
<input type="checkbox"/> Decisiones bancarias y financieras			
<input type="checkbox"/> Decisiones médicas y de salud			
<input type="checkbox"/> Decisiones comunitarias			
<input type="checkbox"/> Decisiones de vivienda			
<input type="checkbox"/> Decisiones de autocuidado			
<input type="checkbox"/> Decisiones educativas			
<input type="checkbox"/> Decisiones de empleo			
<input type="checkbox"/> Relaciones personales			
<input type="checkbox"/> Relaciones profesionales			
<input type="checkbox"/> Otros - descritos a continuación:			

La persona que me apoya sólo puede obtener información que sea relevante para una decisión tomada de conformidad con el acuerdo de toma de decisiones con apoyo y sólo cuando dicha asistencia sea solicitada específicamente por mí. Toda la información obtenida por mi colaborador en el marco de la asistencia que se me preste debe ser mantenida en secreto por mi colaborador, a petición mía. Esta información sólo podrá utilizarse para el fin específico relacionado con la asistencia que solicito. Cualquier uso indebido de la información puede dar lugar a responsabilidades penales y civiles.

Este acuerdo no me impide buscar información por mi cuenta sin la ayuda de mi colaborador.

TERMINACIÓN

Este acuerdo es efectivo hasta que sea rescindido verbalmente o por escrito por mí o por cualquier miembro de la comunidad de apoyo con notificación de la rescisión a todas las partes del acuerdo de toma de decisiones con apoyo. El acuerdo se termina automáticamente si un miembro de la comunidad de apoyo es investigado por los servicios de protección de adultos y se descubre que yo o cualquier otra persona con discapacidad ha sido maltratada por el apoyador o que este haya sido condenado por un delito, incluidos los delitos financieros y el robo.

INFORMADORES OBLIGATORIOS

Cualquier informador obligatorio, tal y como se define en los Estatutos Revisados de Colorado 18-6.5-102(10.5), que se apoye en este acuerdo de toma de decisiones con apoyo, deberá informar de cualquier motivo para creer que el adulto con discapacidad está siendo maltratado por el miembro de la comunidad de apoyo.

FIRMAS DE LA PERSONA QUE DECIDE Y DE SU(S) APOYADOR(ES)

Nombre impreso de decididor:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma de la persona apoyada _____ Fecha _____

Nombre impreso del colaborador:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma del patrocinador _____ Fecha _____

Nombre impreso del colaborador:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma del patrocinador _____ Fecha _____

Nombre impreso del colaborador:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma del patrocinador _____ Fecha _____

Nombre impreso del colaborador:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma del patrocinador _____ Fecha _____

Este acuerdo debe ser firmado por el adulto con discapacidad y cada uno de los miembros de la comunidad de apoyo, sin coacción ni influencia indebida, en presencia de al menos dos testigos desinteresados mayores de 18 años, o de un notario.

FIRMAS DE TESTIGOS

Nombre impreso del testigo:

Firma del testigo: _____ Fecha _____

Nombre impreso del testigo:

Firma del testigo: _____ Fecha _____

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

Notario público (solo se requiere si no hay al menos dos firmas de testigos)

Suscrito y afirmado ante mí en el condado de _____, en el estado de Colorado el día _____ del 20__.

Firma Oficial del Notario

Sello Notarial

Vencimiento de la comisión