DEAR **MLTC**: _____

DATE / FECHA:_____

I want MY decision to be clear – I **ONLY** want to use the **CDPAP** program for my personal care at his time. I do not want to change.

Quiero que MI decisión sea clara: **SOLO** quiero usar el programa **CDPAP** para mi cuidado personal en ese momento. No quiero cambio.

NAME: Consumer/ Consumidor:

_____

(firma)X _____