

# 禁用条件验证表



病人姓名	出生日期
------	------

本人作为以下签字人，证实上述个人已被诊断，或本人已被诊断患有以下疾病之一：

<input type="checkbox"/> 物质使用障碍
<input type="checkbox"/> 严重精神疾病
<input type="checkbox"/> 发育障碍（根据 42 U.S.C. 15002 的定义）
<input type="checkbox"/> 创伤后应激障碍
<input type="checkbox"/> 脑损伤引起的认知障碍
<input type="checkbox"/> 慢性身体疾病或残疾

上述情况预计将长期持续或无限期持续： 是  不

上述情况阻碍了个人独立生活的能力： 是  不

个人的独立生活能力将通过更合适的住房条件得到改善： 是  不

验证必须由州许可的合格来源提供，该来源可能包括《社会保障法》42 U.S.C. 第 423 节中规定的医疗服务提供者、执业婚姻和家庭治疗师（LMFT）、执业临床社会工作者（LCSW）、医生或治疗保健提供者。

姓名 _____	执照号码 _____
职称 _____	组织/公司 _____
地址 _____	电话号码 _____
签名 _____	日期 _____