

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD



Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
---------------------	---------------------

Verifico, el como abajo firmante, que la persona nombrada arriba ha sido diagnosticada, o yo he sido diagnosticada con una de las siguientes condiciones:

<input type="checkbox"/> Trastorno por uso de sustancias
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave
<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo (como se define en 42 U.S.C. 15002)
<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático
<input type="checkbox"/> Deficiencias cognitivas resultantes de una lesión cerebral
<input type="checkbox"/> Enfermedad física crónica o discapacidad

Que se espera que la condición anterior sea de larga duración continua o indefinida: Sí No

Que la condición anterior impide la capacidad de las personas para vivir de forma independiente: Sí No

Que la capacidad del individuo para vivir de forma independiente mejorará con unas condiciones de vivienda más adecuadas: Sí No

La verificación debe ser proporcionada por una fuente calificada con licencia estatal que puede incluir proveedores de servicios médicos, terapeutas matrimoniales y familiares con licencia (LMFT), trabajadores sociales clínicos con licencia (LCSW), médicos o proveedores de atención médica tratantes, como se establece en la Ley del Seguro Social - 42 U.S.C. Artículo 423.

Nombre _____	Número de Licencia _____
Título _____	Organización/Empresa _____
Dirección _____	Teléfono # _____
Firma _____	Fecha _____