



# ADMINISTRACIÓN DE INVERSIÓN FAMILIAR

## VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de ID del Caso: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Marque UNA casilla en la SECCIÓN 1 que le corresponda. Firme y escriba la fecha al final de la SECCIÓN 2. Complete la SECCIÓN 2 **solo si su trabajador de caso lo solicita**. La sección 2 debe ser completada y firmada por su Proveedor de Atención Médica.

### SECCIÓN 1 – Cliente debe completar y firmar

Yo no puedo trabajar ni participar en actividades laborales porque:

- ☐ Tengo una discapacidad física o mental.
- ☐ Estoy embarazada. Mi fecha del parto es: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- ☐ Me necesitan en el hogar para cuidar a un miembro de la familia enfermo o discapacitado.
- (Por favor, responda las siguientes preguntas.)

¿A quién está cuidando? \_\_\_\_\_.

¿Cuál es su relación con la persona? Soy su \_\_\_\_\_.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 2 – Proveedor de Atención Médica debe completar y firmar

Nombre del Proveedor:			
Grupo Médico:			
Dirección/Apartamento:			
Ciudad, Estado, Código Postal:			
Número de Teléfono del Proveedor:			
Número de Licencia del Proveedor y Estado:			
La persona mencionada no puede trabajar o participar en una actividad laboral hasta: (indicar fecha de inicio y final – no utilizar para siempre, indefinido o desconocido en la fecha de finalización)	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	

**My firma verifica que la persona mencionada no puede trabajar o participar en una actividad laboral durante el período indicado debido a una discapacidad.**

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Este formulario puede ser firmado por cualquier profesional de la salud certificado y autorizado que esté brindando atención al individuo mencionado anteriormente.