



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.