



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 Posta: _____

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:** _____

Mí 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.