Departamento de Servicios Sociales

La Administración de Inversiones de la Familia se compromete a proporcionar acceso y adaptación razonable en sus servicios, programas, actividades, educación y empleo para personas con discapacidades. Si necesita ayuda o necesita solicitar una adaptación razonable, comuníquese con su Administrador de Casos o llame al 1-800-332-6347.

Oficina del Distrito local: Fecha:

Administrador de Casos: Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del cliente: Número de identificación del cliente:

La información proporcionada en este formulario se puede utilizar para determinar la elegibilidad para los programas Federales y Estatales y la participación en programas de empleo o capacitación.

1. **Información del paciente:**

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Fechas de los exámenes**: Primera visita: Última visita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Síntomas que se presentan:

**Proveedor de salud:** Nuestro objetivo es ayudar a las familias a adquirir las habilidades y los conocimientos necesarios para ser autosuficientes e independientes de los programas de asistencia en efectivo. En términos de la capacidad de su paciente para realizar trabajo, asistir a capacitación o asistir a una actividad educativa con una adaptación razonable para cualquier impedimento, durante un día de 8 horas el paciente puede:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Desconocido** | **Sin restricciones** | **Nunca** | **1 h** | **2 h** | **3 h** | **4 h** | **5 h** | **6 h** | **7 h** | **8 h** |
| Sentarse |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Soporte |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Caminar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ascender |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Doblarse |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sentarse en cuclillas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Extenderse |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

¿Tiene este individuo un problema de abuso de sustancias? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿existen otras afecciones médicas además del abuso de sustancias? SÍ NO

¿Tiene esta persona una **discapacidad visual o una enfermedad** que limite o interfiera con su capacidad

para funcionar de forma independiente, apropiada y eficaz de forma continua? SÍ NO

1. **Estado de salud mental o emocional:**

¿Este individuo sufre de una enfermedad mental? SÍ NO ¿Es la enfermedad mental lo suficientemente grave como para evitar que el paciente trabaje, participe en un trabajo, capacitación o actividad educativa? SÍ NO

En todo cuanto conoce, ¿tiene este individuo alguna discapacidad de aprendizaje? SÍ NO

En todo cuanto conoce, ¿muestra el individuo cualquier comportamiento violento? SÍ NO

En **caso afirmativo**, proporcione información adicional al final de este formulario.

¿Se puede esperar que el impedimento de la persona dure al menos 12 meses o más? SÍ NO

**Por favor, dé el tiempo que se espera que dure el impedimento del paciente.**

/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a / /\_\_\_\_\_

Mes Día año Mes Día año

Si el impedimento es menor de 12 meses, ¿se espera que la condición médica de la persona resulte en la muerte?

SÍ NO

**D**. **Capacidad para trabajar**

¿El deterioro de la salud física o mental de la persona resulta en incapacidad para trabajar? SÍ NO

**Padre con un niño discapacitado**: Si este formulario médico se está completando para un niño, ¿la condición del niño requiere que el padre esté en el hogar a tiempo completo para proporcionar atención para el niño? SÍ NO

**Proveedor de salud:**

**Por favor indique a continuación si esta persona tiene otras limitaciones no cubiertas previamente**

**que evitarían que la persona trabaje o participe en una actividad laboral, formativa o educativa.**

Por favor, agregue comentarios o aclaraciones aquí.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Firma de un proveedor de cuidado médico** con autoridad de diagnóstico independiente, que está autorizado a evaluar, determinar impedimentos, y tratar de manera independiente condiciones y trastornos médicos, mentales y/o emocionales y quién está prestando servicios de acuerdo con los requisitos del Consejo Profesional.

Firma: Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: No. de Licencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la práctica de atención médica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_