

Devolver a:

Para: _____

Fax: _____

ADMINISTRACIÓN DE INVERSIÓN FAMILIAR
VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ 4 últimos dígitos de SSN: _____

Para verificar la discapacidad/poder trabajar o participar en una actividad de trabajo:

La sección 1 debe ser completada/firmada por el Cliente

La sección 2 debe ser completada/firmada por el Proveedor de Atención Médica.

SECTION 1 – Cliente:

☐ Yo no puedo trabajar ni participar en actividades laborales porque tengo una discapacidad física y mental.

☐ Estoy embarazada.

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____

SECCIÓN 2 – Proveedor de Atención Médica:

(Por favor imprimir todo lo siguiente)

Nombre del Proveedor:

Grupo Médico :

Dirección/Suite:

Ciudad, Estado, Código Postal:

de Teléfono del Proveedor:

de Licencia de MD-Proveedor:

El individuo nombrado no puede trabajar ni participar en una actividad laboral hasta: (debe indicar la fecha de inicio y final– por favor, no utilice para siempre, indefinido, desconocido para la fecha final)

Fecha de inicio:

Fecha final:

Mi firma verifica que la persona mencionada arriba no puede trabajar o participar en una actividad laboral durante el periodo de tiempo informado debido a una discapacidad.

Firma del Proveedor: _____ **Fecha:** _____

Este formulario puede ser firmado por cualquier proveedor de atención médica certificado y licenciado en Maryland que proporcione atención médica a la persona nombrada anteriormente. Los proveedores de atención médica aceptables, que no son médicos incluyen, entre otros: Trabajadores sociales clínicos licenciados (LCSW), parteras, enfermeras practicantes registradas (RNP), terapeutas y acupunturistas.