

Verificación de Discapacidad

Parte I: Datos del Solicitante

Nombre del Solicitante: _____ Fecha: _____

Dirección Actual: _____

Parte II: Información e Instrucciones para Personas con Discapacidad

Nombre del Miembro del Hogar con Discapacidad: _____

Últimos Cuatro Dígitos del número de seguridad social: xxx-xx-_____

La persona arriba mencionada es solicitante o participante en un programa financiado con fondos federales administrado por Mid-Cumberland Community Action Agency y en colaboración con la Agencia de Desarrollo de la Vivienda de Tennessee (THDA) y ha declarado que padece una discapacidad permanente. La discapacidad debe ser verificada para determinar los factores de elegibilidad para el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP). Agradecemos que complete este formulario lo antes posible.

Favor de Completar el Certificado Médico

Parte III: Certificado Médico de Necesidad - Para ser completado por el Médico Profesional de la Salud

Definición de Discapacidad

La discapacidad se define como el cumplimiento de uno o más de los siguientes criterios:

1. Limitación Sustancial de la Actividad Lucrativa

Incapacidad para realizar cualquier actividad lucrativa sustancial debido a una discapacidad física o mental medicamente determinable:

- ☐ Que se espera que provoque la Muerte, o
- ☐ Que haya durado o se espera que dure un período continuo de no menos de 12 meses

2. Discapacidad Crónica Grave

Una discapacidad crónica grave que:

- ☐ Es atribuible a una deficiencia mental o física, o a una combinación de deficiencias

- ☐ Se manifiesta antes de que la persona cumpla los 22 años
- ☐ Es probable que continúe indefinidamente.
- ☐ Da lugar a limitaciones funcionales sustanciales en tres o más áreas:
 - (a) Autocuidado (b) Lenguaje receptivo y expresivo (c) Aprendizaje
 - (d) Movilidad (e) Autodeterminación (f) Capacidad para la vida independiente
 - (g) Autosuficiencia económica
- ☐ Refleja necesidad del individuo de una combinación y secuencia de cuidados, tratamientos u otros servicios especiales, interdisciplinarios o genericos, de duración prolongada o de por vida, planificados y coordinados individualmente.

3. Discapacidad para la Vida Independiente

Una discapacidad física o mental que:

- ☐ Se espera sea de larga duración e indefinida
- ☐ Impide sustancialmente la capacidad de la persona para vivir independientemente
- ☐ Podría mejorarse con condiciones de vivienda más adecuadas

Certificación

Yo, el medico profesional de la salud abajo firmante, certifico por la presente que la persona indicada a continuación cumple la definición de discapacidad descrita anteriormente.

Favor de marcar todas las subsecciones aplicables:

- ☐ 1. Limitación Sustancial de la Actividad Lucrativa
- ☐ 2. Discapacidad Crónica Grave
- ☐ 3. Deterioro de la Vida Independiente
- ☐ Ninguna de las anteriores

Nombre de la Persona: _____

Fecha de Certificación: _____

Nombre en Letra de Molde del Profesional Certificador: _____

Cargo Profesión: _____

Firma: _____

Número de Licencia: _____ Estado: _____ Número de Teléfono: _____

Firma del Médico/Profesional de la Salud: _____

Fecha: _____

Nota: El título 18, sección 1001, del Código de los Estados Unidos establece que toda persona que, a sabiendas y voluntariamente, realice declaraciones falsas a cualquier departamento u organismo de los Estados Unidos o al Departamento de Salud y Servicios Humanos, tal y como lo lleva a cabo el programa LIHEAP a través del estado de Tennessee.