

Formulario de verificación de condición incapacitante

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
----------------------------	--	----------------------------	--

Verifico, como el que suscribe, que la persona nombrada arriba fue diagnosticada o me diagnosticaron con una de las siguientes condiciones:

<input type="checkbox"/> Trastorno de consumo de sustancias
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave
<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo (Como se define en 42 U.S.C. 15002)
<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático
<input type="checkbox"/> Trastornos cognitivos como resultado de una lesión cerebral
<input type="checkbox"/> Enfermedad o discapacidad física crónica

Se espera que la condición de arriba continúe por mucho tiempo o tenga una duración indefinida: Sí No

Que la condición de arriba impide la capacidad de la persona para vivir independientemente: Sí No

Que la capacidad de la persona para vivir independientemente mejorará con una condición de vivienda más adecuada:

Sí No

Una fuente calificada autorizada del estado debe dar una verificación que puede incluir proveedores de servicios médicos, terapeuta de matrimonios y familia autorizado (LMFT), trabajador social clínico autorizado (LCSW), médicos o proveedor de atención médica de atención directa como se describe en la Ley de Seguridad Social - 42 U.S.C. Sección 423.

Nombre		N.º de licencia	
Título		Organización/ firma	
Dirección		Teléfono	
Firma		Fecha	

