



Verificación de Discapacidad

PARTE I: DATOS DE 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 # DE SS: xxx-xx-

La persona arriba mencionada es solicitante o participante en un programa financiado con fondos federales administrado por **NOMBRE DE LA AGENCIA** y en colaboración con la Agencia de Desarrollo de la Vivienda de Tennessee (THDA, por sus siglas en inglés) y ha declarado que padece una discapacidad permanente. La discapacidad debe ser verificada para determinar todos los factores de elegibilidad para el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés). 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 médicamente 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 de las siguientes áreas de actividad vital importante:
 - (a) Autocuidado
 - (b) Lenguaje receptivo y expresivo
 - (c) Aprendizaje
 - (d) Movilidad
 - (e) Autodeterminación
 - (f) Capacidad para la vida independiente
 - (g) Autosuficiencia económica
- Refleja la necesidad del individuo de una combinación y secuencia de cuidados, tratamientos u otros servicios especiales, interdisciplinarios o genéricos, 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;
- Es de tal naturaleza que la capacidad de la persona para vivir de forma independiente podría mejorarse con unas condiciones de vivienda más adecuadas.

CERTIFICACIÓN

Yo, el **médico/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:

FIRMA

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.