

DECLARACIÓN DE DISCAPACIDAD O INCAPACIDAD

Nombre de solicitante : _____ N° ID del solicitante : _____

Estimado/a profesional de atención de salud:

La persona mencionada más arriba solicitó o está recibiendo asistencia de esta Agencia. Para recibir o continuar recibiendo asistencia, las personas entre 18 y 60 años deben estar empleadas, inscritas para trabajar o certificadas como discapacitadas o incapacitadas.

Esta persona declara que no puede trabajar y que está actualmente bajo su atención. Para determinar la elegibilidad de esta persona para recibir asistencia, le pedimos que marque la casilla correcta a continuación. Si cree que ninguna de las afirmaciones son pertinentes para esta persona, puede escribir en la sección "Comentarios".

Se adjunta formulario DCBS-1, Consentimiento informado y divulgación de información y registros, o Suplemento DCBS-1a, firmado. Esta persona sabe que es responsable por los cargos correspondientes por los servicios que usted proporciona.

Nombre del trabajador _____

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

DECLARACIÓN DEL/LA PROFESIONAL DE ATENCIÓN DE SALUD

En mi opinión:

☐ Este paciente está temporariamente discapacitado o incapacitado y puede volver a trabajar en _____

(fecha)

Si no se sabe la fecha, por favor explique: _____

☐ El paciente está permanente y totalmente discapacitado y nunca podrá tener un empleo remunerado

☐ Este paciente no está discapacitado ni incapacitado y puede ser empleado.

Comentarios: _____

Firma: _____ Título: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para recibir información del programa (por ejemplo Braille, letra impresa grande, grabaciones de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben contactar a la agencia (estatal o local) en la que presentaron la solicitud de beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden contactar al USDA a través del servicio Federal Relay Service llamando al (800) 845-6136. Además, se puede poner a disposición información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en internet en:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información que se pide en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o su carta al USDA a través de:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442 o

(3) email: program.intake@usda.gov

Esta institución proporciona iguales oportunidades.

También puede presentar su queja ante el Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia, Office of Human Resource Management, EEO Compliance Branch, 275 E Main St, 5C-D, Frankfort, KY 40621 o llame al (502) 564-7770 EXT. 4107.

Si tiene otras quejas sobre su caso de SNAP, puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo al 1-800-372-2973 u (TTY) 1-800-627-4702.

