

Informe de Discapacidad

Estoy solicitando asistencia a través del Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas, que es administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska. Este informe médico es necesario para verificar que tengo una discapacidad crónica grave y determinable desde el punto de vista médico y necesito algún tipo de apoyo para evitar la colocación fuera del hogar o el regreso a la vida independiente.

Sección I:**Debe ser Completado por el Solicitante/Paciente o el Representante del Solicitante***(Antes de Entregar a un Profesional de la Salud o de Atención Médica con Licencia)*

Nombre del Profesional de Salud o de Atención Médica con Licencia

Dirección Postal	Número de Teléfono	Correo Electrónico
Ciudad		Código Postal
Nombre del Solicitante	Número de Teléfono	Nacimiento
Dirección Postal		Correo Electrónico
Ciudad		Código Postal
Nombre del Representante del Solicitante/Relación (si corresponde)		<input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> DPOA <input type="checkbox"/> POA
Dirección Postal		
Ciudad		Código Postal
Correo Electrónico	Número de Teléfono del Representante	

Describir las necesidades de cuidado personal que requieren asistencia para permanecer en una situación de vida independiente.

Mi solicitud para este Programa no estará completa hasta que se reciba este informe.

- Lo presentaré al Programa
 Si lo prefieres, tienes mi consentimiento para enviarlo a:

Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas
 Apartado de Correos 98933
 Lincoln, NE 68509-8933
 dhhs.DPFS@nebraska.gov
 Fax: (402) 742-8396

Si hay un cargo por completar este informe, factúreme por privado.

Firma del Solicitante/Representante	Fecha
-------------------------------------	-------

El Reverso de este Formulario debe ser Completado por un Profesional de Salud o de Atención Médica con Licencia

Informe de Discapacidad

SECCIÓN II:**Médico, Asistente Médico, Enfermera Licenciada u otro Profesional de Salud**

Discapacidad: La discapacidad para este Programa es una condición crónica, grave y médicamente determinable que:

1. Es atribuible a impedimentos mentales y/o físicos;
2. Es probable que continúe indefinidamente;
3. Demuestra la necesidad de atención, tratamiento, rehabilitación vocacional u otros servicios a largo plazo, planificados y coordinados individualmente; y
4. Da lugar a limitaciones funcionales sustanciales en dos o más de las siguientes áreas de actividad vital principal:
 - a. Cuidado personal (también conocido como cuidado personal);
 - b. Lenguaje receptivo y expresivo;
 - c. Aprendizaje;
 - d. Movilidad;
 - e. Autodirección;
 - f. Capacidad para la vida independiente;
 - g. Habilidades laborales o tolerancia al trabajo; y
 - h. Suficiencia económica.

En su opinión, ¿cumple este solicitante con los requisitos de discapacidad indicados anteriormente, Y, ¿es probable que la discapacidad continúe indefinidamente?

NO, esta persona no cumple con la definición anterior de discapacidad por la(s) siguiente(s) razón(es):

SÍ, esta persona cumple con la definición anterior de discapacidad.

Esta discapacidad causa limitaciones funcionales sustanciales en las siguientes (áreas):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas frecuentes de memoria/cognitivos | Check item(s) affecting ability to eat: |
| <input type="checkbox"/> Baño | <input type="checkbox"/> Preparación de Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Aseo/Higiene | <input type="checkbox"/> Asfixia |
| <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Deglución |
| <input type="checkbox"/> Uso del inodoro | <input type="checkbox"/> Sabor |
| <input type="checkbox"/> Movilidad/Riesgo de caídas | <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Transferencia/Posicionamiento | <input type="checkbox"/> Cortar Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Gestión de la Medicación | <input type="checkbox"/> Visión |
| <input type="checkbox"/> Historial de Caídas | <input type="checkbox"/> Apertura de Contenedores |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Dentaduras Postizas (falta de/mal ajuste) |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje Receptivo y Expresivo | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Autodirección | |
| <input type="checkbox"/> Habilidades Laborales | |

Por favor, haga una breve declaración INCLUYENDO EL DIAGNÓSTICO. Agregue cualquier comentario para verificar la asistencia necesaria con las necesidades de cuidado personal del solicitante para permanecer en una situación de vida independiente:

¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?

Firma de un Profesional de la Salud o Médico

Fecha