

Informe de Discapacidad

Solicito ayuda a través del Programa de Apoyo a Personas y Familias Discapacitadas que administra el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska. Este informe médico es necesario para verificar que tengo una discapacidad grave y crónica médicamente determinable y que necesito algún tipo de apoyo para evitar el internamiento fuera del hogar o para volver a llevar una vida independiente.

SECCIÓN I:**Debe Ser Completado por el Solicitante/Paciente o el Representante del Solicitante**

(Antes de Entregarlo A Un Profesional Médico O De La Salud Con Licencia)

Nombre del Profesional de la Salud o Médico Licenciado

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| Dirección de Envío | Número de Teléfono | Correo Electrónico |
| Ciudad | | Código Postal |
| Nombre del Solicitante | Número de Teléfono | Fecha de Nacimiento |
| Dirección de Envío | | Correo Electrónico |
| Ciudad | | Código Postal |
| Nombre del Representante del Solicitante/Relación (si procede) | | <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> DPOA <input type="checkbox"/> POA |
| Dirección de Envío | | |
| Ciudad | | Código Postal |
| Correo Electrónico | Número de Teléfono del Representante | |

Describa las necesidades de cuidados personales 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 enviaré al Programa
 Si lo prefiere, tiene mi consentimiento para enviarlo a:

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

Si hay algún cargo por la realización de este informe, envíeme la factura de forma privada.

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

El Reverso De Este Formulario Debe Ser Completado Por Un Profesional Médico o De Salud Con Licencia

Informe de Discapacidad

SECCIÓN II:

Médico, Asistente Médico, Enfermero Licenciado u Otro Profesional de la Salud

Discapacidad: La discapacidad para este Programa es una condición médicamente determinable, severa y crónica diagnosticada por un médico licenciado, enfermera registrada, asistente médico, psiquiatra, psicólogo o fisioterapeuta que cumpla con los criterios que se describen a continuación:

1. Es atribuible a deficiencias mentales y/o físicas o a una combinación de deficiencias mentales y físicas:
2. Es probable que continúe indefinidamente:
3. Da lugar a limitaciones funcionales sustanciales en dos o más de las siguientes áreas de la actividad vital principal:
autocuidado; lenguaje receptivo y expresivo; autodirección; aprendizaje; movilidad; capacidad para la vida independiente; habilidades laborales o tolerancia al trabajo; o suficiencia económica; y:
4. Demuestra una necesidad de atención, tratamiento, rehabilitación profesional u otros servicios a largo plazo, planificados y coordinados individualmente.

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

NO, esta persona no cumple la definición de discapacidad arriba indicada por el/los siguiente(s) motivo(s):

SÍ, esta persona cumple la definición de discapacidad arriba indicada.

Esta discapacidad provoca limitaciones funcionales importantes en las siguientes (áreas):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autocuidado: Incluye funciones como bañarse, asearse, higienizarse, vestirse o ir al baño. | <input type="checkbox"/> Movilidad: Incluye funciones como caminar, acceder a edificios, transferir posiciones o conducir |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje receptivo y expresivo: Incluye funciones como hablar, escuchar, responder o recordar. | <input type="checkbox"/> Capacidad de vida independiente: Incluye las funciones que permiten a una persona vivir sola en una residencia de forma segura |
| <input type="checkbox"/> Autodirección: Incluye funciones que permiten a una persona administrar sus asuntos sin ayuda | <input type="checkbox"/> Aptitudes laborales o tolerancia al trabajo: Incluye las funciones que permiten a una persona obtener y mantener un empleo |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje: Incluye funciones que permiten a una persona adquirir conocimientos, competencias y memoria | <input type="checkbox"/> Suficiencia económica: Incluye las funciones que permiten a una persona mantenerse económicamente |

Marque los elementos que afectan a la capacidad de comer:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Preparación de alimentos | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Abrir contenedores |
| <input type="checkbox"/> Atragantamiento | <input type="checkbox"/> Cortar la comida | <input type="checkbox"/> Dentaduras postizas (falta de ajuste o ajuste deficiente) |
| <input type="checkbox"/> Tragar | <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sabor | | |

Por favor, haga una breve declaración INCLUYENDO EL DIAGNÓSTICO. Añada cualquier comentario para verificar la asistencia necesaria con la(s) necesidad(es) de cuidado personal del solicitante para permanecer en una situación de vida independiente:

¿Desde cuándo conoce al solicitante?

Firma del Profesional de la Salud o Médico

Fecha