Travis County Health and Human Services and Veterans Service
Family Support Services Division

Cliente o cuidador: Solicitud de CABA:
Nombre del paciente:

Verificación de discapacidad en adultos en relación con la incapacidad de trabajar

Se prevé que la discapacidad de esta persona: ☐ Dure más de 12 meses

☐ Dure menos de 12 meses (Temporaria)

Si es temporaria, se prevé que el problema de salud incapacitante dure:

☐ Días – menos de 30 días
☐ Semanas
☐ Meses

Verificación de discapacidad en niños

¿La discapacidad hace que un adulto deba vivir en el hogar para proporcionar cuidados a tiempo completo y esto le impide al adulto trabajar?

☐ Sí
☐ No

¿Cuánto se prevé que dure el problema de salud?

☐ Días- menos de 30 días
☐ Semanas
☐ Meses
☐ Más de 12 meses

Firma del proveedor de salud/médico_____

Fecha

Nombre en letra de imprenta del médico/proveedor de salud_____

Dirección del proveedor_____

_____

Número de teléfono del proveedor_____

Regresar el formulario a: _____

Asistente social asignado