

LEA LAS INSTRUCCIONES ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO

INSTRUCCIONES - FORMULARIO DE EVALUACIÓN SOBRE SU CAPACIDAD PARA TRABAJAR (PA 1663)

La ley de 1996-35 especifica que “las personas que pudieran calificar para obtener asistencia general por un plazo indeterminado debido a circunstancias médicas, sociales o afines se limitarán a... la persona que ha sido evaluada por un médico o psicólogo y a la que se le ha diagnosticado una discapacidad física o mental que le impide, temporalmente o de manera permanente, conseguir trabajo remunerado. La verificación de la discapacidad física o mental se debe establecer mediante documentación por escrito en un formulario proporcionado por el departamento y se debe basar en técnicas de diagnóstico clínicas y de laboratorio aceptables y no por medio de una declaración de síntomas del solicitante o beneficiario”.

Además de determinar la elegibilidad de un solicitante o beneficiario de asistencia general basada en una discapacidad, el Departamento de Bienestar Público también debe evaluar la capacidad para trabajar de las personas que reciben asistencia bajo la categoría de asistencia temporal para familias necesitadas (TANF). Este formulario también se usa para ese fin.

A fin de cumplir con estos requisitos, le pedimos que complete este formulario para solicitante de asistencia pública.

Quién puede llevar a cabo la evaluación:

Un médico o psicólogo con licencia para ejercer puede llevar a cabo la evaluación.

Quién firma el formulario:

Solamente la persona que llevó a cabo la evaluación de capacidad para trabajar puede firmar el formulario. El formulario tiene que tener una firma original, pues de lo contrario se invalidará. **No se aceptan** faxes de firmas, timbres clínicos, etiquetas ni otros.

Requisitos generales para llenar el formulario:

La información del formulario y los documentos anexos deben estar completos y con letra legible. Si el personal del condado no puede leer su material, le devolverá el formulario y se retrasará su proceso de solicitud.

Si es posible, debe escribir a máquina el formulario y los anexos. Si no contesta todas las preguntas completamente, se le devolverá la solicitud y se retrasará el proceso.

SECCIÓN DE CAPACIDAD PARA TRABAJAR

Discapacidad permanente:

Marque esta casilla si el cliente se debe considerar discapacitado de manera permanente y, por lo tanto, **no puede trabajar**. Para llegar a esta determinación, debe considerar si el cliente no puede participar en empleo remunerable debido a una disfunción física o mental médicamente determinable. Una disfunción física o mental médicamente determinable es una disfunción resultante de anomalías anatómicas, fisiológicas o psicológicas que se pueden demostrar por medio de técnicas de diagnóstico clínico y de laboratorio médicamente aceptables. La disfunción física o mental se debe establecer mediante pruebas médicas que consisten en signos, síntomas y resultados de análisis, mas no únicamente por medio de una declaración de síntomas del individuo.

Discapacidad temporal:

Se utilizan dos categorías para evaluar a un cliente que está **temporalmente discapacitado**: una es la de los clientes discapacitados cuya discapacidad tiene una duración prevista de más de 12 meses y la otra es para clientes cuya discapacidad tiene una duración prevista de 12 meses. Marque la casilla apropiada si el cliente tiene una lesión o afección que le impide trabajar temporalmente en cualquier trabajo remunerable. Una vez que se resuelva la lesión o enfermedad, el cliente podrá trabajar. La fecha mostrada es la fecha prevista en que se terminará la discapacidad temporal. Si la discapacidad del cliente durará más de 12 meses, éste puede ser un buen candidato para recibir beneficios del Seguro Social o de SSI.

Capacidad para trabajar:

Marque esta casilla si, de conformidad con su evaluación, no es apropiado marcar la casilla de discapacidad temporal y permanente.

SECCIÓN DE RESULTADOS DEL EXAMEN

Esta sección se debe llenar completamente para que establezca claramente las bases de su decisión de que el cliente está discapacitado de forma temporal o permanente. No es suficiente proporcionar un diagnóstico. Tiene que proporcionar información sobre las bases del diagnóstico y la evaluación. Además, también debe tener disponible suficiente documentación para apoyar su decisión, por ejemplo, expedientes médicos, radiografías e informes de laboratorio para revisiones posteriores, de ser necesarias.

Preguntas:

Comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado

SECCIÓN II (Esta sección la debe completar un médico o psicólogo con licencia para ejercer)

El DPW utilizará la información de este formulario para determinar si el paciente califica para recibir asistencia general o una exención de los requisitos de trabajo de TANF en base a su incapacidad para trabajar. Llene esta sección de conformidad con su evaluación de la declaración del paciente que aparece en la Sección I, el examen médico que le haga al paciente y el uso de otros procedimientos médicos.

CAPACIDAD PARA TRABAJAR (marque solamente una)

1. **DISCAPACIDAD PERMANENTE** - El paciente tiene una discapacidad física o mental que le impide, de forma **permanente**, trabajar en algún trabajo remunerado. El paciente es candidato para recibir beneficios de discapacidad del Seguro Social o de SSI.
2. **DISCAPACIDAD TEMPORAL, MÁS DE 12 MESES** - El paciente actualmente está discapacitado debido a una afección temporal resultante de una lesión o una afección aguda y la discapacidad le impide **temporalmente** trabajar en un trabajo remunerado.
- La discapacidad temporal comenzó el día _____ y se tiene previsto que durará hasta _____ .
FECHA FECHA
- Es posible que el candidato califique para recibir beneficios de discapacidad del Seguro Social o de SSI.
3. **DISCAPACIDAD TEMPORAL, MENOS DE 12 MESES** - El paciente actualmente está discapacitado debido a una afección temporal resultante de una lesión o una afección aguda y la discapacidad le impide **temporalmente** trabajar en un trabajo remunerado.
- La discapacidad temporal comenzó el día _____ y se tiene previsto que durará hasta _____ .
FECHA FECHA
4. **PUEDE TRABAJAR** - La afección física o mental del paciente es tal que le permite trabajar.

RESULTADOS DEL EXAMEN: (Tiene que llenar ambas partes de esta sección. Si no está completa, el cliente no calificará para recibir beneficios de asistencia general o no recibirá la exención de los requisitos de trabajo de TANF.)

1. **DIAGNÓSTICO (principal y secundario):**

PRINCIPAL:

SECUNDARIO:

2. **LA EVALUACIÓN SE BASÓ EN: (marque todas las que correspondan)**

- A. EXAMEN MÉDICO D. PRUEBAS Y PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO APROPIADOS
- B. REVISIÓN DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS E. OTRO (especifique) _____
- C. HISTORIA CLÍNICA _____

COMO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CON LICENCIA PARA EJERCER, YO CERTIFICO QUE LEÍ Y SEGUÍ LAS INSTRUCCIONES ADJUNTAS Y, A MI LEAL SABER Y ENTENDER PROFESIONAL, LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERÍDICA Y CORRECTA, TAMBIÉN CERTIFICO QUE EL DIAGNÓSTICO Y LA EVALUACIÓN SE BASAN ÚNICAMENTE EN LA CONDICIÓN DEL PACIENTE, SEGÚN LO DETERMINÉ POR MEDIO DEL EXAMEN. ENTIENDO Y ACEPTO QUE EL DIAGNÓSTICO Y LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO PUEDE ESTAR SUJETA A REVISIÓN POR EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (NOMBRE CON LETRA IMPRESA):

TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

FIRMA

NÚM. DE PROVEEDOR DE ASISTENCIA MÉDICA

FECHA

PA 1663-S (SG) 11/03

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA CAO

--

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

CO	NÚM. REG.	CAT	CSLD	DIST
NOMBRE DE REGISTRO				FECHA

**DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO DE PENNSYLVANIA
FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE CAPACIDAD PARA TRABAJAR**

EMPLEADO:

--

SECCIÓN I (solicitante/beneficiario de asistencia pública deberá llenar esta sección)

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA O LETRA LEGIBLE. NO OLVIDE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO EN EL ESPACIO APROPIADO A CONTINUACIÓN.

NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	NÚM. SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	
CÓDIGO POSTAL		

EXPLIQUE BREVEMENTE POR QUÉ CREE QUE NO PUEDE TRABAJAR:

<p>POR MEDIO DEL PRESENTE AUTORIZO A TODOS LOS PROVEEDORES MÉDICOS QUE REVELEN AL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO DE PENNSYLVANIA CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA QUE ESTÉ RELACIONADA CON MI CAPACIDAD PARA TRABAJAR. LA INFORMACIÓN OBTENIDA SE USARÁ ÚNICAMENTE PARA LOS FINES RELACIONADOS CON LA EVALUACIÓN DE MI CAPACIDAD PARA TRABAJAR Y MI ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA PÚBLICA.</p> <p>X _____</p> <p>(FIRMA) SOLICITANTE/BENEFICIARIO DE ASISTENCIA PÚBLICA NOMBRE (CON LETRA DE IMPRENTA) FECHA</p>
--

DESPUÉS DE COMPLETAR ESTA SECCIÓN, HAGA UNA CITA CON UN MÉDICO CON LICENCIA PARA EJERCER (MD, DO) O UN PSICÓLOGO. NO PODREMOS AUTORIZAR SUS BENEFICIOS DE ASISTENCIA GENERAL NI UNA EXENCIÓN DE LOS REQUISITOS DE TRABAJO DE TANF HASTA QUE DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO AL REPRESENTANTE DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO.

DEVOLVER A: