

# VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PARA EL ÁREA DEL CONDADO DE ORANGE, CA



|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SERVICE PROVIDER _____<br>ADDRESS _____<br>EMAIL _____<br>PHONE _____ FAX _____<br>CONTACT _____ | <b>HOUSING AUTHORITY USE ONLY:</b><br>PHA DESIGNATED HEAD OF HOUSEHOLD: _____<br>TENANT ID _____<br><input type="checkbox"/> AHA <input type="checkbox"/> GGHA <input type="checkbox"/> OCHA <input type="checkbox"/> SAHA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

El paciente a continuación está solicitando asistencia de vivienda según el programa del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. La regulación del HUD requiere la verificación de la información relacionada con la elegibilidad del programa. Para cumplir con este requisito, le pedimos su cooperación para completar y devolver este formulario de verificación dentro de los 10 días hábiles por fax, correo regular o correo electrónico a la entidad indicada anteriormente. Las preguntas sobre el formulario pueden dirigirse a la persona nombrada como contacto anteriormente. Gracias por ayuda en esta cuestión.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N. ° Seguro Social (últimos 4): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **PARA COMPLETAR POR UN PROFESIONAL EXPERTO**

### **DISCAPACIDAD: (POR FAVOR, MARQUE UNO)**

Norma: La Sección 5-403 del Título 24 del Código de Leyes Federales (CFR, por sus siglas en inglés) define los criterios del HUD para las personas que se consideran discapacitadas si tienen una discapacidad, tal como se define en la Sección 223 [Parte 423 del Título 42 del Código de EE. UU. 42 (U.S.C.)]:

- ☐ "Incapacidad de participar en actividades lucrativas sustanciales debido a cualquier discapacidad física o mental que pueda determinarse médicamente y que pueda resultar en la muerte o que haya durado o se espera que dure un período continuo de no menos de 12 meses; o en el caso de una persona que ha alcanzado la edad de 55 años y es ciega (en el sentido de "ceguera", según se define en la sección 216(i)(1)), incapacidad por razón de tal ceguera para participar en una actividad lucrativa sustancial que requiere habilidades comparables a las de cualquier actividad lucrativa en la que haya participado previamente con cierta regularidad y durante un período de tiempo sustancial." O tiene una discapacidad del desarrollo como se define en [Parte 6001 del Título 42 del U.S.C.].
- ☐ **Discapacidad del desarrollo:** se define como una discapacidad atribuible a cualquiera de las siguientes condiciones: discapacidad intelectual, parálisis cerebral, epilepsia, autismo o condiciones incapacitantes que se encuentren estrechamente relacionadas con la discapacidad intelectual/cognitiva o que requieran un tratamiento similar al requerido para las personas con discapacidades intelectuales. La discapacidad debe haberse originado antes de la edad de dieciocho (18) años y puede esperarse que continúe indefinidamente, y constituye como una "discapacidad sustancial" para el individuo como se define en ella [Sección 54001 del Título 17 del Código de Regulaciones de California](#). Se pueden encontrar detalles adicionales sobre cómo se define una discapacidad sustancial en las [Recomendaciones Clínicas para Definir una Discapacidad Sustancial de ARCA](#).

### **(POR FAVOR, MARQUE UNO)**

Por la presente, certifico que, de acuerdo con esta definición, la persona mencionada anteriormente:

- ☐ tiene una discapacidad ☐ no tiene una discapacidad.

**Advertencia:** Es ilegal hacer "a sabiendas y de manera intencionada" cualquier "declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta" a una agencia federal. Las violaciones pueden ser penalizadas de conformidad con la Sección 2 de la Ley de Declaraciones Falsas con una multa y/o una pena de prisión de no más de cinco años. [Sección 1001 del Título 18 del U.S.C.]

**Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de California, que la información anterior es verdadera, correcta y completa.**

|                              |           |                    |
|------------------------------|-----------|--------------------|
| Nombre en imprenta           | Cargo     | Fecha              |
| Firma de profesional experto | Teléfono  | Número de licencia |
| Nombre de la organización    | Dirección | Ciudad/Estado      |
|                              |           | Código postal      |

Internal Use Only: ☐ Annual: \_\_\_\_\_ ☐ Interim ☐ Initial

version 02.20.2026



# Formulario de verificación de condición incapacitante



|                            |  |                            |  |
|----------------------------|--|----------------------------|--|
| <b>Nombre del paciente</b> |  | <b>Fecha de nacimiento</b> |  |
|----------------------------|--|----------------------------|--|

Verifico, como el que suscribe, que la persona nombrada arriba fue diagnosticada o me diagnosticaron con una de las siguientes condiciones:

|                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de consumo de sustancias                              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave                                         |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo (Como se define en 42 U.S.C. 15002) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático                               |
| <input type="checkbox"/> Trastornos cognitivos como resultado de una lesión cerebral     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad o discapacidad física crónica                        |

Se espera que la condición de arriba continúe por mucho tiempo o tenga una duración indefinida: ☐ Sí ☐ No

Que la condición de arriba impide la capacidad de la persona para vivir independientemente: ☐ Sí ☐ No

Que la capacidad de la persona para vivir independientemente mejorará con una condición de vivienda más adecuada:

☐ Sí ☐ No

Una fuente calificada autorizada del estado debe dar una verificación que puede incluir proveedores de servicios médicos, terapeuta de matrimonios y familia autorizado (LMFT), trabajador social clínico autorizado (LCSW), médicos o proveedor de atención médica de atención directa como se describe en la Ley de Seguridad Social - 42 U.S.C. Sección 423.

|                  |  |                                |  |
|------------------|--|--------------------------------|--|
| <b>Nombre</b>    |  | <b>N.º de licencia</b>         |  |
| <b>Título</b>    |  | <b>Organización/<br/>firma</b> |  |
| <b>Dirección</b> |  | <b>Teléfono</b>                |  |
| <b>Firma</b>     |  | <b>Fecha</b>                   |  |

