



Declaración médica para un adulto sano sin dependientes (Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD) (Spanish)

Información del cliente/paciente

Nombre del cliente/paciente: _____

Dirección: _____

Número de caso: _____ CIN: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización del cliente/paciente

Autorizo que se comparta la información médica o documentación de participación en un programa de rehabilitación por uso de sustancias que se solicite al Departamento de Servicios Sociales. Entiendo que se tratará esta información como confidencial.

Firma del cliente

Fecha

Profesionales de atención médica:

La persona mencionada arriba solicita la verificación de su condición médica o de su participación en un programa. Complete este formulario y devuélvalo firmado y completo a la persona. Esa persona ha recibido instrucciones sobre cómo volver a entregar el formulario al Departamento de Servicios Sociales.

Responda solo las preguntas de abajo que correspondan. Firme y coloque la fecha en este formulario. Incluya su profesión o cargo en su organización. *

- 1) ¿Esta persona está embarazada? Sí No No se sabe N/C

Si la respuesta es sí, escriba la fecha estimada de parto: _____ / _____ / _____

- 2) ¿Esta persona está participando en un programa de tratamiento, rehabilitación o consejería por uso de sustancias? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha estimada de finalización del programa?

_____ / _____ / _____

- 3) ¿Esta persona tiene una condición médica mental o física, temporal o permanente, que limite su capacidad de trabajar 20 horas o más por semana (80 horas al mes)?

Sí No

Si la respuesta es sí, indique por cuánto tiempo la persona no podrá trabajar más de 20 horas por semana (80 horas por mes) debido a esta condición:

Menos de 30 días

1-3 meses

4-6 meses

6-12 meses

Más de 12 meses o de forma indefinida

(Continúa en la página siguiente)

**Declaración médica para un adulto sano sin dependientes
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD) (continuación)**

Certifico que la información dada en la página anterior es verdadera y correcta.

Nombre (en letra de molde)

Cargo/Profesión *

Dirección

Número de teléfono

Firma

_____/_____/_____
Fecha en la que se firmó el formulario

- * Cualquiera de las siguientes personas puede firmar este formulario: médico, asistente médico, enfermero practicante, osteópata, psicólogo autorizado o certificado, consejero en uso de sustancias, consejero certificado de salud mental, trabajador social clínico independiente autorizado, trabajador social certificado autorizado y partera certificada. Para verificar la participación de una persona en un programa de rehabilitación o consejería (Pregunta n.º 2), el director del programa o el consejero del cliente pueden también firmar esta declaración..

(Continúa en la página siguiente)

Profesionales de atención médica:

Puede ayudar a adultos con discapacidades o condiciones médicas a mantener sus beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).

Los beneficios del SNAP (antes llamados cupones de alimentos) permiten que las personas con ingresos bajos compren la comida que necesitan. Muchos beneficiarios del SNAP entre 18 y 64 años que no viven con un niño menor de 14 años dentro de su grupo familiar del SNAP están en riesgo de perder sus beneficios del SNAP debido a una regla del SNAP llamada límite de tiempo para adultos sanos sin dependientes (ABAWD). Esta regla limita la elegibilidad del SNAP a tres meses, a menos que la persona esté trabajando o participando en ciertas actividades laborales al menos 20 horas por semana.

Usted puede ayudar fácilmente invirtiendo solo unos minutos de su tiempo.

Una persona que no puede trabajar 20 horas o más por semana debido a un problema médico físico o mental no se considera un ABAWD.

Preguntas frecuentes:

¿Cuál es la definición de alguien que no está “apto para trabajar” física o mentalmente en virtud de la regla ABAWD?

La determinación de no apto para trabajar física o mentalmente es una exención más amplia que una discapacidad. Se considera que una persona no está apta para trabajar física o mentalmente si tiene una enfermedad, lesión u otra limitación mental o física, temporal o permanente, que no le permita trabajar al menos 20 horas por semana, en virtud de la regla federal de límite de tiempo para un ABAWD. Algunos pacientes tienen condiciones médicas físicas o mentales que les impiden trabajar totalmente; otros pacientes tienen condiciones que podrían permitirles trabajar, pero no a tiempo completo ni 20 horas semanales. Este criterio es menos estricto que el de discapacidad del seguro social y no requiere un diagnóstico específico.

¿Cómo verifico que mi paciente no está “apto para trabajar física o mentalmente” con base en su condición?

Complete el formulario Declaración médica para un adulto sano sin dependientes (ABAWD) de ambos lados. Incluya el período de tiempo estimado de la condición y firme. **Diferentes profesionales de atención médica pueden firmar este formulario** como un médico, asistente médico, enfermero practicante, osteópata, psicólogo autorizado o certificado, consejero en uso de sustancias, consejero certificado de salud mental, trabajador social clínico independiente autorizado, trabajador social certificado autorizado o partera certificada. Para verificar la participación de una persona en un programa de rehabilitación o consejería (**pregunta n.º 2**), el director del programa o el consejero del cliente pueden también firmar esta declaración.