

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD



MAP-3177 (S) 11/29/2024

Fecha: _____

Nombre del encargado del caso: _____

Número de caso (si lo sabe): _____

Si tiene una determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social (SSA), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI), **no** envíe este formulario.

Nombre: _____	Apellido: _____	Inicial del segundo nombre: _____
Dirección postal: _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____
Número de teléfono: _____	Número de seguro social (SSN) (últimos cuatro números solamente): _____	

Marque (✓) la casilla que corresponda.

Trabaja	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tiene problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tiene problemas de audición (TTY)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita el solicitante/beneficiario (A/R) una exención de Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si la respuesta es **Sí**,
tipo de exención: _____

Idioma hablado: _____ Idioma escrito: _____

Authorized Representative (Person assisting you with the disability determination request):

First Name: _____ Last Name: _____ MI: _____

Mailing Address: _____ Phone Number: _____

Authorized Representative may (check (✓) all that apply):

Apply Renew Medicaid Application Discuss Medicaid Application/Case Receive Mail/Correspondence

Firma del solicitante/beneficiario: _____ Fecha: _____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____