

Continuidad de la atención (Continuum of Care) de Memphis/Condado de Shelby

Verificación de discapacidad para vivienda de apoyo permanente

El solicitante busca la colocación en un programa de vivienda de apoyo permanente financiado por el programa de Continuidad de la atención del HUD. Para ser elegible, el solicitante debe tener documentación de una discapacidad definida por el HUD.

Un profesional autorizado por el estado debe completar esta verificación para diagnosticar y tratar la discapacidad. Las fuentes calificadas aceptables incluyen: médicos, psicólogos/psiquiatras/trabajadores sociales clínicos autorizados por el estado.

Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento del cliente:						
Revelación del cliente: Por la presente, autorizo la revelación de la información solicitada abajo al programa de Continuidad de la atención de Memphis/Condado de Shelby para determinar mi elegibilidad para un Programa de vivienda de apoyo permanente.							
Firma del cliente:	Fecha:						
Verificación de discapacidad (VOD)							
Marque una opción o más:	Instrucciones: Marque las partes A, B o C, si aplican al cliente. No adjunte ninguna evaluación psiquiátrica u otros registros médicos.						
<input type="checkbox"/> A.	<p>El cliente tiene un impedimento físico, mental o emocional que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. se espera que tenga una duración prolongada e indefinida, 2. impide sustancialmente la capacidad de una persona para vivir de forma independiente, y 3. podría mejorarse mediante condiciones de vivienda más adecuadas; <p>Nota: Deben cumplirse las tres condiciones de arriba.</p> <p>Además, especifique la naturaleza de la discapacidad del cliente que cumple las tres condiciones indicadas arriba (marque todas las opciones que correspondan):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Deterioros cognitivos resultantes de una lesión cerebral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Enfermedad o discapacidad física crónica</td> </tr> </table> <p>Información adicional:</p>	<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias	<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático	<input type="checkbox"/> Deterioros cognitivos resultantes de una lesión cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave	<input type="checkbox"/> Enfermedad o discapacidad física crónica	
<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias	<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático	<input type="checkbox"/> Deterioros cognitivos resultantes de una lesión cerebral					
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave	<input type="checkbox"/> Enfermedad o discapacidad física crónica						
<input type="checkbox"/> B.	El cliente tiene una discapacidad del desarrollo según se define en la Sección 102 de la Ley de Asistencia y Declaración de Derechos sobre las Discapacidades del Desarrollo del 2000.						
<input type="checkbox"/> C.	El solicitante tiene la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o condiciones que surgen del agente etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH).						
Completado por:							
Nombre del profesional autorizado en letra de molde:	Nombre del consultorio/agencia:						
Credenciales profesionales:	Teléfono:						
Firma del profesional autorizado:	Fecha:						