

**Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
RELEVO MÉDICO / DECLARACIÓN DEL MÉDICO**

Sección I - A Ser Completada por el Personal

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Últimos 4 dígitos Seguro Social del Paciente XXX-XX-
Nombre del Caso:	Núm. de Caso:	Condado:
Nombre del Empleado del DSS:	Núm. de Teléfono:	Núm. Fax:
Dirección Postal de la Oficina del DSS:		

Sección II – A ser completada por el Médico

El paciente nombrado anteriormente ha solicitado beneficios con nuestra agencia. Los reglamentos Federales y Estatales requieren que las personas que reciban beneficios trabajen o participen en actividades que los preparen para el empleo, mientras sea posible. Este paciente declara tener una discapacidad. Cuando un individuo declara tener una discapacidad, debemos determinar su nivel de funcionamiento e identificar actividades apropiadas. Por favor complete este formulario, después de completarlo puede devolverlo al paciente o enviarlo por correo al DSS a la dirección en la Sección I.

Parte A – Discapacidad Personal

¿Cuál es el pronóstico del paciente?

La discapacidad es permanente.

La discapacidad no es permanente pero se espera que dure más de 90 días. Periodo de discapacidad: _____.

La discapacidad no es permanente pero se espera que dure al menos de 90 días. Periodo de discapacidad _____.

¿Hasta qué punto el individuo es capaz de trabajar o participar en actividades que le preparen para trabajar? Por favor indique una de las siguientes:

El individuo es capaz de trabajar o participar en actividades de preparación para el trabajo **sin restricciones:**

A tiempo completo (40 horas por semana)

A medio tiempo _____ horas por semana

El individuo es capaz de trabajar o participar en actividades de preparación para el trabajo **con restricciones: (Por favor complete las Partes B y C)**

A tiempo completo (40 horas por semana)

A medio tiempo _____ horas por semana

¿La persona está embarazada? Sí No De ser sí, ¿cuándo se espera el alumbramiento? _____

Si la persona está embarazada, ¿hay alguna limitación médica o alguna discapacidad que puedan prevenir que la paciente trabaje (a tiempo completo o medio) o asista a la escuela o adiestramiento? Sí No

El individuo es incapaz de trabajar o participar en actividades de preparación de empleo: **(Por favor complete Parte C)**

Parte B – Restricciones de Actividades

¿Qué puede ejercer el individuo ahora? Marque las casillas apropiadas que apliquen a un día de trabajo:

Máximo de horas por día:	2	4	6	8	Otras
Sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pararse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Subir Escalones/Escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arrodillarse/Agacharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Doblarse/Inclinarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Empujar/Halar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Escribir a máquina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Levantar/Cargar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro (Favor describa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

El individuo no puede levantar/cargar objetos de más de ____ lbs. por más de ____ horas por día.

¿Alguna otra recomendación o restricción? _____

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

Parte C – Diagnóstico

Diagnóstico discapacitante primario:

Diagnóstico discapacitante secundario:

Comentarios:

Nombre del médico: (En letra de molde)

Firma del Médico:

Fecha:

Dirección de la oficina: (Calle o Apartado, Ciudad, Estado, Código Postal)

Número de teléfono: (Incluya código de área)

Sección III - A ser completada por el cliente

Nombre del Paciente: _____

El DSS está solicitando información sobre la condición médica que limita su participación en los requisitos de trabajo del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y/o el programa de trabajo del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Si usted firma esta autorización, usted le da permiso al DSS para contactar a sus doctores, instituciones médicas, y otros proveedores de salud para solicitar copias de su información médica según se indica abajo. Usted no tiene que firmar este formulario para ser elegible para SNAP/ TANF. Sin embargo, usted debe firmar este formulario si desea ser elegible para una exención de los requisitos de trabajo de SNAP y/o el programa de trabajo de TANF.

Yo autorizo a / _____
Doctor, Institución Médica, u otro Proveedor de Cuidado Médico

a completar el Formulario DSS 1247, Relevé Médico / Declaración Del Médico, y divulgar la información al DSS para propósitos de confirmar la condición médica que afecta mi participación en el programa SNAP/TANF.

Firma del Solicitante/Receptor o Representante Personal: _____

Fecha: _____

Si está firmando por el solicitante/receptor, favor de describir su autoridad para actuar en nombre del solicitante/receptor:

NOTA: Si la persona solicitando el relevé no puede firmar su nombre, dos testigos deben firmar abajo que marcó con una X.

Testigo _____

Fecha _____

Testigo _____

Fecha _____

AVISO AL CLIENTE

El DSS, como receptor de esta información, protegerá su información de salud personal de acuerdo a los reglamentos de privacidad federales y estatales. Si usted autoriza el relevé de su información de salud a otras partes, ésta puede no estar protegida por los reglamentos de privacidad. Usted puede retirar el permiso que ha otorgado a su doctor o a su proveedor de cuidado médico a usar o divulgar información que lo identifique, a menos que ya hayan tomado acción basada en su permiso. Debe retirar su permiso por escrito.

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

PROPÓSITO E INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DSS 1247

Propósito

El Formulario DSS 1247 se utiliza para determinar una discapacidad y el tiempo en que un individuo en TANF alega que estará discapacitado. Este formulario se utiliza para verificar si un individuo es un cliente del programa Retando a los Adultos a través de la Rehabilitación, la Educación y los Servicios (CARES por sus siglas en inglés). Este formulario también se utiliza para verificar si un individuo en SNAP está discapacitado por razones médicas o no está capacitado física o mentalmente para el empleo con fines de cumplir con la exención del requisito de trabajo de Adultos Sanos sin Dependientes (ABAWD por sus siglas en inglés), o una exención de los requisitos de trabajo de SNAP.

Instrucciones

La Sección I de este formulario la debe completar el empleado del DSS quien provee la información que identifica al Solicitante/Receptor (A/R por sus siglas en inglés).

La Sección II debe ser completada por un médico o un profesional de la salud cualificado. Cuando se reciba el formulario completado en el DSS, debe ser digitalizado para SCOSA.

La Sección III de este formulario debe ser completada por el solicitante/receptor, autorizando al médico o profesional de la salud cualificado a completar el formulario y divulgar la información al DSS.

NOTA: La Sección III debe ser completada por el A/R antes que la Sección II sea completada por el médico o profesional de la salud cualificado.