

DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS/DECLARACIÓN DEL MÉDICO: SE LE REQUIERE EN EL HOGAR

| Sección II – Para Ser Llenada por el Personal del DSS | | |
|--|---|----------------------|
| Nombre del Paciente: | Fecha de Nacimiento: | Nombre del Cuidador: |
| Dirección: | | No. de Caso: |
| Dirección de la Oficina: | Nombre del Empleado del DSS: | |
| | No de Teléfono: | |
| | No. de Fax: | |
| Sección II – Para Ser Llenada por el Médico | | |
| <p>La persona que cuida del paciente mencionado más arriba ha solicitado beneficios con nuestra agencia. Los reglamentos federales y estatales requieren que las personas que reciben beneficios trabajen o participen en actividades que los preparen para el trabajo. Esta persona afirma que se le necesita en casa para cuidar de este miembro de la familia discapacitado. Por favor, complete las Partes A y B a continuación. Luego que haya completado el formulario, puede entregárselo al paciente o al cuidador; o enviarlo por correo o por fax a la dirección del DSS que aparece en la Sección I.</p> | | |
| Parte A – Cuidando a un Miembro de la Familia Discapacitado | | |
| <p>¿Hasta qué punto se necesita al cuidador en el hogar para que cuide de este paciente? Marque una de las siguientes:</p> | | |
| <p>La discapacidad del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Es permanente. <input type="checkbox"/> No es permanente y se espera que dure más de 6 meses. <input type="checkbox"/> No es permanente y se espera que dure 6 meses o menos. | | |
| <p>Al cuidador se le necesita en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiempo completo (24 horas) <input type="checkbox"/> 16-23 horas <input type="checkbox"/> 10-15 horas <input type="checkbox"/> Menos de 5 horas | | |
| Parte B – Diagnóstico | | |
| Principal Diagnóstico Discapacitante | Diagnóstico Discapacitante Secundario | |
| Comentarios: _____ | | |
| Nombre del Médico: (Por favor, a máquina o en letra imprenta) | | |
| Firma del Médico: _____ Fecha: _____ | | |
| Dirección del Médico: (Calle o Buzón Postal, Ciudad, Estado, Código Postal) | No. de Teléfono: (Incluir Código de Área) | |

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO 1247A DEL DSS

Objetivo:

El 1247A del DSS se utiliza para verificar cuando a un solicitante/beneficiario (A/R) de TANF se le requiere en el hogar para cuidar de un miembro de la familia discapacitado que viva en el hogar o cuando el A/R de SNAP es responsable del cuidado de una persona discapacitada.

Instrucciones:

La Sección I de este formulario debe ser llenada por el empleado del DSS, proporcionando la información identificadora del A/R y del empleado del DSS que solicita la verificación.

La Sección II debe ser llenada por un médico o profesional médico calificado. Cuando el formulario es recibido por el DSS, debe ser escaneado a SCOSA.

La Sección III de este formulario debe ser llenada por el paciente, autorizando al médico o profesional médico calificado a llenar el formulario y entregarle la información al DSS.

NOTA: La Sección III debe ser llenada por el paciente antes de que la Sección II sea llenada por un médico o profesional médico calificado.