



**Energy  
Assistance  
Programs**

## VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PERMANENTE

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Teléfono del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección del solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de cumpleaños: \_\_\_\_\_

La persona mencionada arriba quisiera ser reconocida como discapacitada permanentemente para los Programas de Asistencia Energética. La determinación de discapacidad permanente de un solicitante no garantiza la elegibilidad o la recepción de beneficios de asistencia energética.

Los programas de asistencia energética necesitan la garantía de un médico, médico o psicólogo con licencia de que esta persona tiene una discapacidad permanente de acuerdo con la definición del programa a continuación. Confirme si la persona mencionada anteriormente se ajusta a la siguiente definición:

### DEFINICIÓN DE DISCAPACITADO PERMANENTE

Las personas que no pueden participar en ninguna actividad remunerada sustancial debido a un impedimento físico o mental documentado médicamente determinable que se puede esperar que dure doce (12) meses continuos o más (o, en el caso de un niño menor de dieciocho años) (18), si padece algún impedimento físico o mental médicamente determinable de gravedad comparable). Una declaración de beneficios por discapacidad puede considerarse prueba de discapacidad para un solicitante.

\_\_\_\_\_ La persona nombrada arriba cumple con la definición de discapacitado permanente como se describe arriba.

\_\_\_\_\_ La persona nombrada anteriormente no cumple con la definición de discapacitado permanente como se describe anteriormente.

### AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO / PROFESIONAL MÉDICO

Nombre del consultorio médico

Número de teléfono del consultorio médico

Nombre del médico / psicólogo

Firma del médico / psicólogo

**Selle este formulario con la dirección de su consultorio médico u otro sello para garantizar la**

Gracias por ayudarnos a ayudar a esta persona.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Autorizo (autorizamos) a las personas o agencias anteriores a intercambiar información sobre mi estado de discapacidad con la oficina de evaluación de la ingesta de Asistencia de Energía \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
PACIENTE: Nombre en letra de imprenta  
Fecha

\_\_\_\_\_  
PACIENTE: Firmar el nombre