



## Solicitud de documentación por trastorno médico o discapacidad Documentation Request for Medical or Disability Condition

Estimado proveedor de servicios de salud:

\_\_\_\_\_ (nombre del cliente) nos informó que él/ella o un miembro de su familia al que cuidan presenta un trastorno médico, mental o emocional que previene o limita su participación en actividades de WorkFirst que pueden incluir búsqueda de trabajo, preparación laboral, clases de preparación, capacitación o trabajo.

Por favor llene el formulario adjunto para describir estas limitaciones. **Además, si se espera que una condición dure más de tres meses, por favor incluya también copias de notas médicas actuales.**

Usaremos esta información para determinar el nivel de participación hasta un máximo de 40 horas semanales, en búsqueda de trabajo, preparación laboral, clases de preparación, capacitación o trabajo. Por favor facture al DSHS, y no al cliente, cualquier costo relacionado con la entrega de esta información.

**Por favor proporcione esta información antes del \_\_\_\_\_ (fecha límite). Si no recibimos información de su parte, podríamos requerir su participación por tiempo completo, hasta 40 horas semanales, en los tipos de actividades antes descritos.**

Si tiene alguna duda o necesita más tiempo para enviarnos la información, por favor llámeme al \_\_\_\_\_ (número del trabajador). Puede enviar este documento contestado y las notas médicas a nuestro número de fax estatal al 1-888-338-7410 o puede enviarlo por correo a: DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Gracias,

\_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador



4. ¿Esta persona tiene limitaciones para levantar y cargar objetos?  Sí  No

Si contestó que sí, esta persona tiene las siguientes limitaciones:

- Seriamente limitada: Incapaz de levantar al menos 2 libras o incapaz de ponerse de pie o caminar.
- Trabajo sedentario: Capaz de levantar 10 libras como máximo y levantar o llevar con regularidad\* artículos tales como archivos y herramientas pequeñas. Un trabajo sedentario puede requerir sentarse, caminar y estar de pie por períodos breves.
- Trabajo liviano: Capaz de levantar hasta 20 libras como máximo y levantar o cargar con regularidad\* hasta 10 libras. Aunque el peso levantado puede ser insignificante, el trabajo liviano puede requerir caminar o estar de pie hasta 6 de cada 8 horas diarias, o requerir de estar sentado la mayor parte del tiempo con ocasional empuje y tracción de controles con brazos o piernas. Ocasional significa que la persona es capaz de realizar la función de muy poco hasta 2.5 horas en una jornada de 8 horas. No es necesario que dicha realización sea continua.
- Trabajo medio: Capaz de levantar hasta 50 libras como máximo y levantar o cargar con regularidad\* hasta 25 libras.
- Trabajo pesado: Capaz de levantar hasta 100 libras como máximo y levantar o cargar con regularidad hasta 50 libras.

\* "Con regularidad" significa que la persona es capaz de realizar la función de 2.5 a 6 horas en una jornada de 8 horas. No es necesario que dicha realización sea continua.

5. ¿Los trastornos de esta persona afectan su capacidad de obtener acceso a servicios (como usar el teléfono, recibir tratamiento, programar y acudir a citas, usar servicios de transporte o encontrar la ubicación de servicios)?

Sí  No

Si contestó que sí, describa:

6. ¿El trastorno de esta persona es permanente y es probable que limite su capacidad para trabajar, buscar trabajo o capacitarse para trabajar?

Sí  No; si el trastorno no es permanente, ¿durante cuánto tiempo es probable que limite la capacidad de la persona para trabajar, buscar trabajo o capacitarse para trabajar? Use el espacio siguiente para indicar la cantidad de semanas o meses:

\_\_\_\_\_ Número de semanas, o

\_\_\_\_\_ Número de meses

7. a. ¿Ha hecho un plan de tratamiento específico para tratar la condición o discapacidad relacionada con la salud de esta persona?

Sí  No

Si contestó que sí, describa el plan de tratamiento.

b. ¿Quién proporcionará y supervisará el plan de tratamiento en curso de la persona?

8. ¿Existen cuestiones específicas que necesitan mayor evaluación o valoración?  Sí  No

Si contestó que sí, describa qué clase de valoración o evaluación y a qué clase de especialista debería ser derivada esta persona.

9. Si el paciente que está siendo evaluado es distinto al cliente mencionado debido al efecto que tiene el trastorno del paciente sobre la capacidad del cliente para participar, conteste lo siguiente.

Considerando el trastorno del hijo/familiar adulto, marque la casilla correspondiente:

- El padre o cuidador puede participar de 0 a 10 horas por semana.
- El padre o cuidador puede participar de 11 a 20 horas por semana.
- El padre o cuidador puede participar de 21 a 30 horas por semana.
- El padre o cuidador puede participar más de 30 horas por semana.
- Por favor llámenme para obtener más información.

¿Durante cuánto tiempo espera que el padre tenga que brindar este nivel de cuidado?

**Proveedores de servicios médicos o de salud mental / Otros profesionales**

FIRMA	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO
-------	-------	--------------------

NOMBRE Y TÍTULO EN LETRA DE MOLDE

DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
		WA	

**Autorización para divulgar información**

Autorizo a \_\_\_\_\_ a divulgar al Departamento de Servicios Sociales y de Salud la información en este formulario y cualquier información de registros médicos que respalde mi condición de enfermedad/lesión que me impide trabajar, solamente para evaluar mi capacidad para participar en el programa WorkFirst. Entiendo que esta divulgación incluye específicamente información acerca de evaluaciones diagnósticas o tratamientos relacionados con la salud mental, el alcoholismo y la drogadicción, así como el resultado de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, cuando dicha información es parte de los registros. (Código de Washington Revisado (RCW) 78.24.105)

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
--------------------	-------

## INSTRUCCIONES

**Administrador de caso/trabajador social de WorkFirst del DSHS:** El propósito de este formulario es asistirlo en la elaboración de un Plan Individual de Responsabilidad cuando, como resultado de un trastorno o discapacidad, existe un efecto sobre la capacidad de una persona para trabajar, buscar trabajo, asistir a capacitación y/o acceder a servicios. **El uso de este formulario NO es obligatorio si existe otra documentación.** Puede entregar este formulario al solicitante/destinatario para que lo lleve al proveedor de servicios apropiado para que lo conteste, o puede enviar este formulario directamente al proveedor. Si elige enviar este formulario por correo, obtenga la firma del cliente en la última página y adjunte un sobre con franqueo pagado, con la dirección del remitente y que incluya su nombre, para asegurarse de que el formulario será devuelto a la persona apropiada.

**Cliente del DSHS:** El propósito de este formulario es reunir información de un proveedor médico que ayudará a su administrador de caso o trabajador social a revisar sus asuntos de salud y crear un Plan Individual de Responsabilidad que se adecue mejor a sus necesidades y limitaciones específicas.

**Médico/Proveedor de servicios de salud mental:** Para que los clientes adultos reciban asistencia pública (TANF), se requiere que trabajen, busquen trabajo activamente u obtengan capacitación para trabajar entre 32 a 40 horas semanales. Algunos clientes no podrán satisfacer este requisito a causa de asuntos relacionados con la salud. Es posible que estos clientes necesiten ser diferidos temporalmente de una actividad laboral, que puedan participar pero por una menor cantidad de horas o que necesiten evitar ciertos tipos de actividades laborales. Llene este formulario y entrégueselo al cliente, envíelo a nuestro número de fax estatal 1-888-338-7410, envíelo al administrador de caso o trabajador social de WorkFirst a DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Envíenos cualquier nota, carta u otra documentación que ya tenga en sus registros relacionada con las limitaciones de la persona.