

Departamento de asistencia transitoria
Asistencia transitoria para familias con hijos dependientes
Suplemento de incapacidad

¿Necesita ayuda para completar el formulario adjunto? Llame al DTA al 1-877-382-2363. DTA le ayudará a completar el formulario.

Usted le informó a DTA que no puede trabajar debido a uno o más problemas de salud. UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades (DES, por sus siglas en inglés) decide para DTA si usted está incapacitado bajo el programa de Asistencia transitoria para familias con hijos dependientes (TAFDC, por sus siglas en inglés). DES examinará sus expedientes médicos y otra información para tomar esta decisión.

El formulario adjunto se llama “Suplemento de incapacidad.” DES necesita respuestas para las preguntas de este formulario con el fin de decidir si usted está incapacitado bajo las reglas de DTA. El formulario hace preguntas sobre sus problemas de salud y sobre dónde recibe tratamiento. El formulario también hace preguntas sobre sus antecedentes laborales, tiempo en la escuela, y lo que hace todos los días.

Para obtener una exención del requisito laboral y límite de tiempo de TAFDC basándose en su incapacidad, usted debe:

- llenar el Suplemento de incapacidad y enviarlo por correo a: **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420**, o por fax al **(617) 887-8765**; y
- cooperar con DES.

Si usted no hace estas cosas:

- DTA puede rechazar su solicitud; o
- DTA puede disminuir sus beneficios.

Dígale inmediatamente a DTA si necesita ayuda para completar el Suplemento de incapacidad.

Dígale inmediatamente a DTA si necesita ayuda para encontrar un médico.

(vea el otro lado) ►

Departamento de asistencia transitoria
Asistencia transitoria para familias con hijos dependientes
Suplemento de incapacidad

CÓMO COMPLETAR EL SUPLEMENTO DE INCAPACIDAD:

- **Firme y coloque la fecha en un Formulario de divulgación de expedientes médicos por cada proveedor de atención médica y de salud mental indicado en la página 3, Parte 2: Información sobre todos sus proveedores de atención médica y de salud mental. Los proveedores de atención médica y de salud mental pueden incluir médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, terapeutas, enfermeras especializadas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, quiroprácticos, hospitales centros de salud o clínicas de los cuales recibe tratamiento. Es muy importante que firme y coloque la fecha en un formulario diferente para cada proveedor. DES le devolverá los formularios si no firma y coloca la fecha en un formulario diferente para cada proveedor.**
- Escriba a máquina o en imprenta claramente.
- Use un bolígrafo. No use un lápiz.
- Complete el formulario lo mejor que pueda. **Llame DTA si desea hacer preguntas o necesita ayuda para completar el formulario.** También puede llamar a la línea de ayuda de DES al 1-888-497-9890 para obtener ayuda para completar este formulario.
- Escriba detalles sobre todos los problemas de salud mental y médica que usted tenga.
- Envíe por correo el formulario original completado a: **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, o por fax al (617) 887-8765.**

DTA le enviará el formulario a DES. DES revisará el formulario. DES solicitará expedientes médicos de todos los médicos y otros proveedores de atención médica que indique en el formulario. DES lo llamará o le enviará una carta si necesitara más información.

DES decidirá su caso con mayor rapidez si usted completa cada parte del formulario. DES decidirá su caso con mayor rapidez si usted firma y coloca la fecha en un Formulario de divulgación de expedientes médicos por separado para **cada** proveedor de atención médica y de salud mental.

Suplemento de incapacidad

Informe al DTA si necesita ayuda con este formulario. También puede llamar a la línea de ayuda de UMASS/ Servicios de evaluación de incapacidades (DES) al 1-888-497-9890.

Información sobre usted

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social - -
Dirección		No. de Dpt./Suite	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Ciudad/Pueblo		Código postal	Fecha de nacimiento / /
No. de teléfono de la casa	No. de teléfono celular	Otro No. de teléfono /del trabajo	
Nombre del caso (si es diferente)		Número de Seguro Social del caso (si es diferente)	

Complete cada sección de este formulario. Si no completa cada sección, es posible que no podamos decidir si usted está incapacitado.

Es posible que debamos programar una cita con un médico para usted. ¿Cuáles son los mejores horarios para usted para acudir a una cita? Indique todos los horarios que le convengan.

<input type="checkbox"/> Cualquier horario está bien				
<input type="checkbox"/> Lunes A.M.	<input type="checkbox"/> Martes A.M.	<input type="checkbox"/> Miércoles A.M.	<input type="checkbox"/> Jueves A.M.	<input type="checkbox"/> Viernes A.M.
<input type="checkbox"/> Lunes P.M.	<input type="checkbox"/> Martes P.M.	<input type="checkbox"/> Miércoles P.M.	<input type="checkbox"/> Jueves P.M.	<input type="checkbox"/> Viernes P.M.

¿Solicitó beneficios del Seguro Social o de SSI/SSDI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió sí, ¿visitó a un médico para hacerse un examen? Nombre del médico:
Fecha del examen: ____/____/____

¿Alguna vez experimentó violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió sí, ¿está trabajando con un especialista en violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Díganos el nombre y número de teléfono de la persona:

Suplemento de incapacidad

Parte 1. Sus problemas de salud

Enumere y describa todos sus problemas de salud médicos y mentales. Escriba todo lo que le dificulte trabajar. Escriba detalles sobre un problema aunque no reciba tratamiento o tome medicamentos para ese problema.

Enumere sus problemas de salud médicos y/o mentales.	Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud.	Fecha en que comenzó el problema.	Medicamentos
<i>Depresión</i> EJEMPLO	<i>Muy cansado todo el tiempo. Difícil dejar la cama por la mañana. Lloro mucho durante el día. No puedo controlar el llanto.</i>	<i>Abril 2007</i>	<i>Ninguno</i>
<i>Dolor de espalda</i> EJEMPLO	<i>El dolor comienza en la zona lumbar y baja a la pierna</i>	<i>Junio 2002</i>	<i>Skelexin</i>

¿Alguno de sus problemas de salud comenzó debido a un accidente o una lesión? Sí No
Si respondió sí, sírvase explicarlo:

Suplemento de incapacidad

Parte 2. Información sobre todos sus proveedores de atención médica y de salud mental

¿Recibió atención médica el año pasado? Sí No

Por favor indique todos los médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, terapeutas, enfermeras especializadas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, quiroprácticos, hospitales, centros de salud o clínicas que lo trataron por alguno de sus problemas de salud desde que comenzaron. Si no puede recordar todos, haga lo mejor que pueda. Puede escribir en una hoja por separado si se termina el espacio.

Nombre del médico, enfermera, psicólogo, psiquiatra, terapeuta, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica	Motivo de la visita	¿Fue esta visita el año pasado?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Complete un Formulario de divulgación de expedientes médicos por cada médico, enfermera, psicólogo, psiquiatra, terapeuta, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica en esta lista. Asegúrese de firmar y colocar la fecha en cada formulario.

Estos Formularios de Divulgación de Expedientes Médicos están al final de este formulario.

Parte 3. Dónde vive

¿Dónde vive? (Marque uno.)

<input type="checkbox"/> Casa o departamento	<input type="checkbox"/> Sin hogar	<input type="checkbox"/> Casa grupal	<input type="checkbox"/> Instalación estatal
<input type="checkbox"/> Centro de enfermería	<input type="checkbox"/> Hospital de rehabilitación	<input type="checkbox"/> Otro (describa)	

Suplemento de incapacidad**Parte 4. Lo que puede hacer**

¿Es usted:

 Diestro/Derecho? Zurdo/Izquierdo?¿Sus problemas de salud médicos o mentales **le dificultan** hacer las siguientes cosas?

	Si respondió sí, marque aquí	Si respondió sí, sírvase explicarlo:
Vestirse y bañarse EJEMPLO	✓	<i>El dolor del hombro me hace difícil levantar el brazo sobre la cabeza. Esto me dificulta ponerme la camisa o lavarme el cabello.</i>
Hacer tareas domésticas regulares EJEMPLO	✓	<i>Cuando estoy deprimido, no me importa si la casa está limpia.</i>
Sentarse	<input type="checkbox"/>	
Pararse	<input type="checkbox"/>	
Caminar	<input type="checkbox"/>	
Agacharse	<input type="checkbox"/>	
Alcanzar	<input type="checkbox"/>	
Levantar	<input type="checkbox"/>	
Recordar	<input type="checkbox"/>	
Ver	<input type="checkbox"/>	
Escuchar	<input type="checkbox"/>	
Usar sus manos	<input type="checkbox"/>	
Vestirse y bañarse	<input type="checkbox"/>	
Hacer tareas domésticas regulares	<input type="checkbox"/>	
Escuchar música	<input type="checkbox"/>	
Ver televisión	<input type="checkbox"/>	
Usar una computadora	<input type="checkbox"/>	
Leer	<input type="checkbox"/>	
Hablar por teléfono	<input type="checkbox"/>	
Artesanías y manualidades	<input type="checkbox"/>	
Salir	<input type="checkbox"/>	
Ir a caminar	<input type="checkbox"/>	
Ir de un lugar al otro	<input type="checkbox"/>	
Ir de compras	<input type="checkbox"/>	
Ir al médico	<input type="checkbox"/>	
Visitar amigos y familiares	<input type="checkbox"/>	

Suplemento de incapacidad**Parte 4. Lo que puede hacer (continuación)**

¿Sus problemas de salud médicos o mentales le dificultan hacer las siguientes cosas?		
	Si respondió sí, marque aquí	Si respondió sí, sírvase explicarlo:
Salir a comer	<input type="checkbox"/>	
Ir a la escuela	<input type="checkbox"/>	
Manejar dinero	<input type="checkbox"/>	
Usar un cajero automático (ATM)	<input type="checkbox"/>	
Manejar un auto	<input type="checkbox"/>	
Tomar un autobús o un tren	<input type="checkbox"/>	
Hacer deportes	<input type="checkbox"/>	
Otro (describa)	<input type="checkbox"/>	

Parte 5. Su idioma

¿Habla inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado
¿Entiende inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado
¿Lee en inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado
¿Escribe en inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado
¿Cuál es su idioma materno?	
¿Puede leer en su idioma materno?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado
¿Puede escribir en su idioma materno?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado

Parte 6. Escuela

1. Indique el grado escolar más alto que completó.									
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17+

¿En qué año completó este grado?	
¿Dónde fue a la escuela?	
¿Repitió algún grado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Estuvo en educación especial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
¿Completó más de 12 años de escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió sí, favor de indicar su título y carrera:	

Suplemento de incapacidad

¿Recibió alguna otra capacitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió sí, complete las secciones a continuación.	

Tipo de capacitación	Año	Terminado	¿Acreditado/Licenciado?
Trabajo de construcción		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Electrónica		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cocina		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mecánica automotriz		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Computadoras		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Peluquería		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cosmetología		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ayudante de enfermería		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Secretariado		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro (describa)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Parte 7. Su trabajo

¿Trabaja actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió que no, ¿cuándo dejó de trabajar?	Fecha: ___/___/___

¿Alguna de sus enfermedades mentales o médicas le causó problemas en el trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió sí, explique:	

Suplemento de incapacidad

Enumere todos sus trabajos en los últimos 15 años. Haga lo mejor que pueda. Si no sabe las fechas exactas, escriba algo aproximado. Comience con el trabajo que tiene ahora o con su último trabajo. Añada una hoja de papel si necesita más espacio. Puede adjuntar un curriculum (resume) si lo tiene. Para ayudarle a completar esta parte hemos incluido un ejemplo a continuación. **Ejemplo:**

Nombre del puesto		Fechas en que trabajó	
<i>Empacador</i>		Desde (Mes/Año): <i>marzo del 2004</i>	Hasta (Mes/Año): <i>mayo del 2005</i>
Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo):			
<i>Colocaba tres pelotas de golf en una caja pequeña. Empacaba 24 cajas pequeñas en un cajón. Sellaba el cajón con cinta de empaque. Cargaba los cajones en una plataforma.</i>			
¿Cuántas horas trabajó por semana?	¿Cuánto ganaba por hora?	Motivo para dejar el trabajo:	
<i>40</i>	<i>\$9.00/hora</i>	<i>Mudanza</i>	

Nombre del puesto		Fechas en que trabajó	
		Desde (Mes/Año):	Hasta (Mes/Año):
Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo):			
¿Cuántas horas trabajó por semana?	¿Cuánto ganaba por hora?	Motivo para dejar el trabajo:	

Nombre del puesto		Fechas en que trabajó	
		Desde (Mes/Año):	Hasta (Mes/Año):
Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo):			
¿Cuántas horas trabajó por semana?	¿Cuánto ganaba por hora?	Motivo para dejar el trabajo:	

Suplemento de incapacidad

Nombre del puesto	Fechas en que trabajó	
	Desde (Mes/Año):	Hasta (Mes/Año):
Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo):		
¿Cuántas horas trabajó por semana?	¿Cuánto ganaba por hora?	Motivo para dejar el trabajo:

Nombre del puesto	Fechas en que trabajó	
	Desde (Mes/Año):	Hasta (Mes/Año):
Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo):		
¿Cuántas horas trabajó por semana?	¿Cuánto ganaba por hora?	Motivo para dejar el trabajo:

Nombre del puesto	Fechas en que trabajó	
	Desde (Mes/Año):	Hasta (Mes/Año):
Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo):		
¿Cuántas horas trabajó por semana?	¿Cuánto ganaba por hora?	Motivo para dejar el trabajo:

Suplemento de incapacidad

Marque las cosas que hace en su trabajo. Si no trabaja, marque cada cosa que hizo en su último trabajo.

<input type="checkbox"/> Papeleo	<input type="checkbox"/> Uso de una computadora	<input type="checkbox"/> Montaje	<input type="checkbox"/> Manejo de maquinaria
<input type="checkbox"/> Archivo	<input type="checkbox"/> Atención de personas	<input type="checkbox"/> Contabilidad y empaque	<input type="checkbox"/> Construcción
<input type="checkbox"/> Uso del teléfono	<input type="checkbox"/> Manejo de un auto o camión	<input type="checkbox"/> Movilización de cosas	<input type="checkbox"/> Limpieza
<input type="checkbox"/> Uso de máquinas de oficina	<input type="checkbox"/> Uso de una caja registradora	<input type="checkbox"/> Manejo de un montacargas	<input type="checkbox"/> Uso de herramientas motorizadas
<input type="checkbox"/> Otro (por favor describa)		<input type="checkbox"/> Uso de herramientas manuales	

Marque con un círculo la cantidad de horas para hacer cada cosa en su trabajo. Si no trabaja, marque con un círculo la cantidad de horas en las que hizo cada cosa en su último trabajo.

Actividad	Horas en el día								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Caminar o permanecer de pie									
Sentarse									
Alcanzar objetos									

Marque el peso que levanta o transporta con más frecuencia:	Marque el mayor peso que usted levanta:
<input type="checkbox"/> Menos de 10 libras	<input type="checkbox"/> Menos de 10 libras
<input type="checkbox"/> 10 libras	<input type="checkbox"/> 10 libras
<input type="checkbox"/> 20 libras	<input type="checkbox"/> 20 libras
<input type="checkbox"/> 25 libras	<input type="checkbox"/> 25 libras
<input type="checkbox"/> 50 libras	<input type="checkbox"/> 50 libras
<input type="checkbox"/> 100 libras	<input type="checkbox"/> 100 libras
<input type="checkbox"/> Más de 100 libras	<input type="checkbox"/> Más de 100 libras

Parte 8. Sus comentarios

Utilice este espacio para escribir más información necesaria, incluyendo información sobre por qué no puede trabajar.

Suplemento de incapacidad

Parte 9. Ayuda con este formulario

¿Necesitó ayuda para completar este formulario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió sí, ¿por qué necesitó ayuda?	

Parte 10. Su firma

DEBE COMPLETARSE ESTA SECCIÓN.	
_____	_____
Firma del solicitante/cliente/tutor	Fecha

Si este formulario lo completa alguien con la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante/cliente o un tutor legal, proporciónenos la siguiente información:
Firma de la persona que completa este formulario: _____
Nombre en imprenta: _____
Autoridad de la persona que completa este formulario en nombre del solicitante/cliente: _____

Parte 11. Su autorización para compartir información

¿Da su autorización para compartir la información sobre esta solicitud con cualquier persona aparte de sus proveedores de atención médica? (Por ejemplo: pariente, amigo, representante legal.) DES podría enviar copias de estos avisos a esta persona. Esto no autoriza la divulgación de los expedientes médicos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió sí, nombre de la persona: _____	Relación con usted: _____
Dirección: _____	Número(s) de teléfono: _____
_____	_____
Firma del solicitante o cliente	Fecha

Sólo para uso administrativo	
Comentarios DTA y Firma	

_____	_____
Firma Autorizada	Fecha