**¿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.**

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05

(vea el otro lado) 

**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 sobretodos 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 separadopara **cada** proveedor de atención médica y de salud mental.

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05

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 | | | | | | | Hombre  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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cualquier horario está bien | | | | |
| Lunes A.M.  Lunes P.M. | Martes A.M.  Martes P.M. | Miércoles A.M.  Miércoles P.M. | Jueves A.M.  Jueves P.M. | Viernes A.M.  Viernes P.M. |

|  |
| --- |
| ¿Solicitó beneficios del Seguro Social o de SSI/SSDI?  Sí  No  Si respondió sí, ¿visitó a un médico para hacerse un examen? Nombre del médico:  Fecha del examen: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| ¿Alguna vez experimentó violencia doméstica?  Sí  No  Si respondió sí, ¿está trabajando con un especialista en violencia doméstica?  Sí  No  Díganos el nombre y número de teléfono de la persona: |
|  |

**Parte 1. Sus problemas de salud**

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05

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** |
| *Depresión*  **EJEMPLO** | *Muy cansado todo el tiempo. Difícil dejar la cama por la mañana. Lloro mucho durante el día. No puedo controlar el llanto.* | *Abril 2007* | *Ninguno* |
| *Dolor de espalda*  **EJEMPLO** | *El dolor comienza en la zona lumbar y baja a la pierna* | *Junio 2002* | *Skelexin* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

¿Alguno de sus problemas de salud comenzó debido a un accidente o una lesión?  Sí  No

Si respondió sí, sírvase explicarlo:

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

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05

¿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? |
|  |  | **Sí  No** |
|  |  | **Sí  No** |
|  |  | **Sí  No** |
|  |  | **Sí  No** |
|  |  | **Sí  No** |
|  |  | **Sí  No** |
|  |  | **Sí  No** |
|  |  | **Sí  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.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Casa o departamento | Sin hogar | Casa grupal | Instalación estatal |
| Centro de enfermería | Hospital de rehabilitación | | Otro (describa) |

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05

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

**Parte 4. Lo que puede hacer (continuación)**

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿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 |  |  |
| Ir a la escuela |  |  |
| Manejar dinero |  |  |
| Usar un cajero automático (ATM) |  |  |
| Manejar un auto |  |  |
| Tomar un autobús  o un tren |  |  |
| Hacer deportes |  |  |
| Otro (describa) |  |  |

**Parte 5. Su idioma**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Habla inglés? | Sí  No  Limitado |
| ¿Entiende inglés? | Sí  No  Limitado |
| ¿Lee en inglés? | Sí  No  Limitado |
| ¿Escribe en inglés? | Sí  No  Limitado |
| ¿Cuál es su idioma materno? |  |
| ¿Puede leer en su idioma materno? | Sí  No  Limitado |
| ¿Puede escribir en su idioma materno? | Sí  No  Limitado |

**Parte 6. Escuela**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Indique el grado escolar más alto que completó. | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |
| 9 | 10 | 11 | 12 | GED | 13 | 14 | 15 | 16 | 17+ |

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

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Recibió alguna otra capacitación? | Sí  No |
| Si respondió sí, complete las secciones a continuación. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de capacitación** | **Año** | **Terminado** | **¿Acreditado/Licenciado?** |
| Trabajo de construcción |  | Sí  No | Sí  No |
| Electrónica |  | Sí  No | Sí  No |
| Cocina |  | Sí  No | Sí  No |
| Mecánica automotriz |  | Sí  No | Sí  No |
| Computadoras |  | Sí  No | Sí  No |
| Peluquería |  | Sí  No | Sí  No |
| Cosmetología |  | Sí  No | Sí  No |
| Ayudante de enfermería |  | Sí  No | Sí  No |
| Secretariado |  | Sí  No | Sí  No |
| Otro (describa) |  | Sí  No | Sí  No |
|  | | |

**Parte 7. Su trabajo**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Trabaja actualmente? | Sí  No |
| Si respondió que no, ¿cuándo dejó de trabajar? | Fecha:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Alguna de sus enfermedades mentales o médicas le causó problemas en el trabajo? | Sí  No |
| Si respondió sí, explique: | |

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05

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** | |
| *Empacador* | Desde (Mes/Año): *marzo del 2004* | Hasta (Mes/Año): *mayo del 2005* |
| **Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo):** | | |
| *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.* | | |
| **¿Cuántas horas trabajó por semana?** *40* | **¿Cuánto ganaba por hora?** *$9.00/hora* | **Motivo para dejar el trabajo:**  *Mudanza* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:** |

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:** |

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Marque las cosas que hace en su trabajo. Si no trabaja, marque cada cosa que hizo en su último trabajo. | | | |
| Papeleo | Uso de una computadora | Montaje | Manejo de maquinaria |
| Archivo | Atención de personas | Contabilidad y empaque | Construcción |
| Uso del teléfono | Manejo de un auto o camión | Movilización de cosas | Limpieza |
| Uso de máquinas de oficina | Uso de una caja registradora | Manejo de un montacargas | Uso de herramientas motorizadas |
| Otro (por favor describa) | | 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** | | | | | | | | |
| Caminar o permanecer de pie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Sentarse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Alcanzar objetos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Marque el peso que levanta o transporta con más frecuencia: | Marque el mayor peso que usted levanta: | |
| Menos de 10 libras | | Menos de 10 libras |
| 10 libras | | 10 libras |
| 20 libras | | 20 libras |
| 25 libras | | 25 libras |
| 50 libras | | 50 libras |
| 100 libras | | 100 libras |
| Más de 100 libras | | Más de 100 libras |

**Parte 8. Sus comentarios**

|  |
| --- |
| Utilice este espacio para escribir más información necesaria, incluyendo información sobre porqué no puede trabajar. |
|  |

**Parte 9. Ayuda con este formulario**

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Necesitó ayuda para completar este formulario? | Sí  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 copies de estos avisos a esta persona. Esto **no** autoriza la divulgación de los expedientes médicos. | Sí  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** |

TAFDC-DS (S) (Rev. 10/2014)

02-711-1014-05