

CDBG PROGRAM NAME: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL SOLICITANTE:**

**FECHA:**

--	--

**DIRECCION:**

**CIUDAD:**

**ESTADO:**

**CODIGO POSTAL:**

--	--	--	--

**PROPOSITO DE LA FORMA:**

De acuerdo con las leyes y regulaciones federales publicadas por el Department of Housing and Urban Development, es necesario verificar el estado de discapacidad del Solicitante del Programa CDBG identificado anteriormente. Toda la información proporcionada solo se utilizará con el propósito de establecer la documentación de elegibilidad para el Programa CDBG mencionado anteriormente. El Community Development Department de la Ciudad de Pasadena y sus Agencias Subrecipientes y/o Departamentos de Destinatarios tienen prohibido preguntar sobre la naturaleza de la discapacidad del solicitante, y los profesionales médicos no deben revelar detalles o diagnósticos específicos.

Una persona con discapacidad es una persona que:

- A. Tiene un impedimento físico, mental o emocional que:
  1. Se espera que sea de una duración larga, continua e indefinida, y
  2. Impide sustancialmente su capacidad de vivir de forma independiente, y
  3. Es de tal naturaleza que la capacidad podría mejorarse mediante condiciones de vivienda más adecuadas, o
- B. Tiene una discapacidad del desarrollo, como se define, en la Section 102(7) of Development Disabilities Assistances and Bill of Rights Act (42 U.S.C. 6001-6007).

**INSTRUCTIONS:**

Existen tres (3) métodos de verificación del estado de discapacidad que se enumeran a continuación. Seleccione UNO (1) de los métodos de verificación y proporcione la documentación necesaria asociada con ese método de verificación. Se debe colocar una copia de este formulario y la documentación de verificación en el archivo de elegibilidad del solicitante del programa CDBG.

<b>___ DISCAPACIDAD OBVIO</b>	
Seleccione esta casilla si el solicitante mencionado anteriormente, a juicio razonable del Director del Programa CDBG, tiene una discapacidad obvia. Ejemplos de discapacidades obvias son la ceguera o la necesidad permanente del uso de sillas de ruedas. No se requiere verificación adicional de discapacidad.	
Firma del Director del Programa CDBG:	

<b>___ RECIBO DE BENEFICIOS FEDERALES POR DISCAPACIDAD</b>	
Seleccione esta casilla si el solicitante mencionado anteriormente recibe Seguro Social relacionado con la discapacidad ("SSDI"), Ingreso de Seguridad Suplementario ("SSI"), Administración de Veteranos ("VA") u otros beneficios federales. La documentación razonable incluye una carta de verificación de beneficios de la agencia federal que proporciona asistencia financiera al solicitante o cheques cancelados o documentación de depósito directo o registros similares. No se requiere más verificación.	
Tipo de documentación proporcionada:	

**CERTIFICACION DE UN PROFESIONAL MEDICO** (la certificación debe ser realizada por alguien que no sea el solicitante)

Seleccione esta casilla si el solicitante mencionado anteriormente NO tiene una discapacidad obvia y/o NO recibe beneficios federales relacionados con la discapacidad. Si se selecciona esta casilla, el estado de discapacidad del solicitante solo se puede verificar mediante la certificación de un profesional médico completando las siguientes secciones.

**Al solicitante que alega discapacidad:**

El profesional médico que suscribe tiene conocimiento de si la discapacidad reclamada cumple con la definición aplicable a esta verificación aplicable a esta verificación para que pueda calificar para recibir asistencia bajo el Programa CDBG al que se hace referencia. **NO TIENE LA OBLIGACION DE CONSENTIMIENTO PARA LA PUBLICACION DE ESTA INFORMACION.** Sin embargo, el Representante del Programa CDBG debe recibir la información solicitada por el profesional médico para determinar su elegibilidad para el Programa CDBG. El Representante del Programa CDBG puede solicitar al profesional médico solo la información mínima necesaria para determinar si se ha cumplido la definición aplicable de discapacidad.

Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada al Representante del programa CDBG.

Nombre de la persona autorizada:

Firma de la persona autorizada:

Fecha:

**Al profesional médico:**

El Community Development Department de la Ciudad de Pasadena y sus Agencias Subreceptores y/o Departamentos de Desinatrarios tienen una obligación con el United States Department of Housing and Urban Development Community Development Block Grant para verificar la discapacidad al proporcionar asistencia utilizando fondos federales. El solicitante ha afirmado que tiene una discapacidad que debe ser documentada por un profesional médico. Una persona autorizada ha dado su consentimiento legal para divulgar al Representante del Programa CDBG la opinión médica a continuación sobre el estado de discapacidad reclamado. Toda la información proporcionada por un profesional médico se utilizara únicamente para establecer el estado de discapacidad. Ni el Community Development Department ni sus representantes pueden preguntar sobre la naturaleza de la discapacidad de un individuo, y los profesionales médicos no deben revelar detalles o diagnósticos específicos.

Por la presente certifico que el solicitante mencionado anteriormente (marque uno) \_\_\_ Si / \_\_\_ No cumple con la definición de persona con discapacidad establecida en esta verificación.

Firma de profesional médico:

Título y organización:

Fecha:

**FIRMAS:**

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en este documento es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además, entiendo que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en mi inelegibilidad para los Programas CDBG que aceptaran este documento. **ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE HAGA UNA RECLAMACION FALSA O DECLARACION SOBRE EL HUD PUEDE SER SUJETA A SANCIONES CIVILES O PENALES MENORES DE 18 U.S.C. 287, 101 Y 31 U.S.C. 3729.**

Nombre del representante del Programa CDBG:

Fecha:

Firma del representante del Programa CDBG:

Nombre del solicitante:

Fecha:

Firma del solicitante: