

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



**DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES**
DIVISION OF SOCIAL SERVICES
Working for the Welfare of ALL Nevadans.



Robert H. Thompson
Administrator

Nombre del Caso: _____

ID del Caso: _____

RE: _____

(Nombre)

(Dirección de Calle/Residencia)

La persona nombrada arriba está actualmente solicitando para o recibiendo beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) de la División de Servicios Sociales de Nevada (DSS). Las regulaciones federales de SNAP requieren que ciertos adultos cumplan con los requisitos de participación laborales a menos que son determinados físicamente o mentalmente inadecuados para participar en actividades laborales.

La persona ha indicado que podrían tener una condición física y/o mental que limita su habilidad para trabajar. DSS esta solicitando verificación solamente por el propósito para determinar si la persona puede participar en actividades laborales con un total de 80 horas por mes (aproximadamente 20 horas por semana).

DSS **no** requiere diagnosis, registros de tratamiento, o antecedentes médicos. Por favor de proporcionar solo la información necesaria para evaluar la capacidad de trabajo funcional.

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO

(Ser completado por un médico profesional licenciado)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Basado en su evaluación profesional, por favor indique la habilidad actual del paciente para participar en actividades laborales por un total de 80 horas por mes:

- El individuo puede participar en actividades laborales por un total de 80 horas por mes.
- El individuo no puede participar en actividades laborales por un total de 80 horas por mes (por favor describa a continuación).
- El individuo tiene limitaciones que afecta su capacidad laboral (por favor describa a continuación).

Si está limitado o no puede, por favor indique:

Es la condición:

- Temporal
- Permanente
- Indeterminado en este momento

Si es temporal o indeterminado, qué es la duración anticipado de la limitación:

Breve descripción de la limitación funcional (por favor de no incluir una diagnosis a menos que sea necesario):

Información funcional relevante (si es aplicable):

Nombre del proveedor (con letra de molde): _____

Nombre de la Oficina de Práctica: _____

Teléfono: _____

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____