



**Autoridad de la Vivienda del Condado de Pinellas**

11479 Ulmerton Road, Largo, FL 33778  
Teléfono: 727.443.7684 - TDD: 800.955.8770  
Fax: 727.489.0773 - TTY: 800.955.8771  
[www.PinellasHousing.com](http://www.PinellasHousing.com)

**FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD**

**(Para Solicitudes de Adaptaciones y Modificaciones Estructurales Razonables)**

Por favor, llene el siguiente formulario. Las solicitudes múltiples requieren un formulario de Verificación de Discapacidad por separado para cada una. Le devolveremos este formulario si la información que provee está incompleta o incorrecta para que lo corrija, lo que retrasará la tramitación de su solicitud. Las solicitudes se revisan y responden de acuerdo a la fecha/orden de recibo y la decisión puede tardar hasta 30 días. Las determinaciones de adaptaciones razonables pueden ser reevaluadas anualmente a discreción de PCHA (Pinellas County Housing Authority).

Nombre del gestor de casos/propiedad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Proveedor de Atención Médica u otra Fuente de Verificación (Escriba Legible en Letra de Molde)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DE VERIFICACIÓN:** La persona que se menciona a continuación solicitó o recibe ayuda federal a través de uno de nuestros programas. Esta persona solicitó una unidad accesible, una adaptación o una modificación según se describe a continuación. Estamos obligados a verificar que el miembro de familia se considera "discapacitado" según la ley federal, y a determinar la necesidad relacionada con la discapacidad y/o el nexo entre la adaptación solicitada y la discapacidad individual. Entiendo que puede ser necesaria una verificación oral del proveedor de atención médica.

**MIEMBRO DE FAMILIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN:** Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada en este formulario. La información obtenida bajo este consentimiento se limita a información de menos de 12 meses de antigüedad. Existen circunstancias que podrían necesitar que la PCHA verifique información de más de 5 años de antigüedad, lo cual autorizaría en un consentimiento separado y adjunto a este consentimiento.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE ADAPTACIÓN/MODIFICACIÓN RAZONABLE DE UN MIEMBRO DE FAMILIA**

**Describe su solicitud relacionada con la discapacidad.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOLICITADA (El proveedor de servicios médicos debe llenar siguiente la información)**

1. ¿Está el miembro de familia discapacitado según la definición que figura a continuación?  Sí  No
2. ¿Está la solicitud del miembro de familia relacionada con la discapacidad?  Sí  No
3. ¿Requiere el miembro de familia lo que solicitó?  Sí  No
4. ¿Es esta solicitud una **necesidad médica**?  Sí  No
5. Explique el NEXO (vínculo causal) entre la solicitud y la discapacidad.

---

---

6. Describa cualquier otra adaptación o modificación que pueda satisfacer las necesidades del miembro de familia en lugar de lo que el miembro de familia solicitó. Por ejemplo, describa otra manera menos costosa de ayudar al miembro de familia a sobrellevar su discapacidad, si existe.

---

---

**DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD**

De acuerdo con la Ley Federal, una persona es discapacitada si tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene un expediente de dicho impedimento o se considera que tiene dicho impedimento.

El término impedimento físico o mental incluye, entre otros, enfermedades y condiciones tales como impedimentos ortopédicos, visuales, del habla y de la audición, parálisis cerebral, autismo, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades del corazón, diabetes, inmunodeficiencia humana, infección viral, retraso mental, enfermedad emocional, drogadicción y alcoholismo. La definición no incluye a personas con problemas de drogadicción y que usan drogas ilegales o a los alcohólicos que constituyan una amenaza directa para la propiedad o la seguridad debido al consumo de alcohol [24 CFR Parte 8.3 y Manual de HUD 4350.3 (Anexo 2-2)].

Profesional médico que provee la información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Número de licencia: \_\_\_\_\_ Organización empresarial/profesional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

*"El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de una felonía por hacer declaraciones falsas o fraudulentas, a sabiendas y voluntariamente, a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos.*