



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

EMAIL: aclute@pinellashousing.com

www.PinellasHousing.com

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ASISTENTE RESIDENTE

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 un Asistente Residente y debe obtener verificación de que necesita un Asistente Residente. 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 el Asistente Residente 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:** _____

INFORMACIÓN SOLICITADA SOBRE EL ASISTENTE RESIDENTE

Nombre del Futuro Asistente Residente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con el miembro de familia: _____

¿Tiene el Asistente Residente la intención de añadir hijos, cónyuge u otra persona al hogar? _____

¿Qué tipo de actividades realiza el Asistente Residente fuera del hogar? _____

¿Cómo se sostiene económicamente el Asistente Residente? _____

¿Trabaja, va a la escuela o cuida a alguien más el Asistente Residente? _____

Asistente Residente Certificación: Juro y testifico que en este momento no estoy ni planeo trabajar , asistir a la escuela, ni cuidar a nadie mas mientras vivo en esta residencia como cuidar.

Firma

Fecha

Adjunte la documentación que figura a continuación para cada uno de los posibles miembros de familia y Asistente Residente.

Debe enviar la siguiente información al Asesor de Vivienda o al Administrador de Propiedad:

- 1) Tarjeta del Seguro Social; 2) Certificado de Nacimiento o Tarjeta Electoral; 3) Documento de Identidad con Fotografía Expedido por el Estado; 4) Certificado de Antecedentes Locales/Reporte Policial

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

1. ¿Está el miembro de familia discapacitado según la definición que figura a continuación? Sí No

2. ¿Es el Asistente Residente esencial para el cuidado (necesidad médica) del miembro de familia? Sí No

3. Es la discapacidad del miembro de familia permanente y sin posibilidad de mejora? Sí No

3. Si requiere un Asistente Residente temporal, por favor indique la duración aproximada. _____

4. ¿Cuántas horas de Asistencia del Residente se necesitan cada día? _____

5. ¿Solicita el Asistente Residente que le acompañe el cónyuge, hijos o familia inmediata? Sí No
De ser así, indique el nombre, la edad y el parentesco.

6. Por favor, indique las actividades de la vida diaria (AVD) para las que la persona solicita asistencia del Asistente Residente y las que el Asistente Residente brindará. **Por favor, llene el calendario de 24 horas al día para las AVD**

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.

Calendario de Veinticuatro (24) Horas al Día del Asistente Residente para (AVD)

Indique los cuidados esenciales que necesita este miembro de familia.

| Tiempo | Cuidados Necesarios | Tiempo | Cuidados Necesarios |
|----------|---------------------|----------|---------------------|
| 5:00 AM | | 18:00 | |
| 6:00 AM | | 7:00 PM | |
| 7:00 AM | | 8:00 PM | |
| 8:00 AM | | 9:00 PM | |
| 9:00 AM | | 10:00 PM | |
| 10:00 AM | | 11:00 PM | |
| 11:00 AM | | 12:00 AM | |
| 12:00 PM | | 1:00 AM | |
| 1:00 PM | | 2:00 AM | |
| 2:00 PM | | 3:00 AM | |
| 3:00 PM | | 4:00 AM | |

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 4:00 PM | | | |
| 5:00 PM | | | |

Comentarios: _____

Firma del proveedor de servicios de salud _____