

Verificación de discapacidad para fines de vivienda

¿POR QUÉ DEBE OBTENER UNA VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD?

Muchas opciones de vivienda asequible están reservadas para los adultos mayores o las personas discapacitadas. Estos apartamentos están generalmente subvencionados por el gobierno federal y los residentes pagan aproximadamente el 30 % de sus ingresos mensuales en renta y servicios públicos. Todos los apartamentos subvencionados para adultos mayores y personas con discapacidades en Portland tienen listas de espera de aproximadamente 1 a 4 años, dependiendo del edificio específico.

Las personas de 62 años de edad o más, o de menos de 62 años que están recibiendo ingresos por discapacidad del Seguro Social o de la Administración de Veteranos, califican para solicitar estas propiedades. **Sin embargo, si usted tiene menos de 62 años y tiene una discapacidad, pero aún no recibe beneficios por discapacidad**, de todos modos puede reunir los requisitos para solicitar una vivienda subvencionada al pedirle a su proveedor de salud que firme un formulario de Verificación de Discapacidad (VOD, por sus siglas en inglés). La VOD establece que usted tiene una discapacidad física, mental o emocional que se espera que sea de largo plazo y que le dificulte vivir de forma independiente si no tiene condiciones de vivienda más adecuadas.

CÓMO OBTENER UNA VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Los siguientes proveedores de salud están calificados para firmar una VOD:

- Auxiliar médico
- Doctor en medicina
- Enfermero practicante familiar
- Especialista certificado en enfermería
- Enfermero practicante de salud mental psiquiátrica
- Enfermero practicante con licencia
- Trabajador social clínico con licencia
- Doctor en medicina osteopática
- Doctor en medicina quiropráctica
- Consejero certificado de nivel 3 para alcohol y drogas

El formulario firmado de VOD funciona solo para fines de vivienda. No le ayudará a obtener beneficios por discapacidad del Seguro Social, la Administración de Veteranos ni de ningún otro proveedor.

Pídale a su médico que firme la VOD antes de empezar a presentar solicitudes para cualquier vivienda subvencionada designada para personas con discapacidades. Luego, presente una copia de su VOD firmada con cada solicitud de vivienda subvencionada. Guarde el documento original con sus documentos importantes.

Se adjunta un formulario de Verificación de Discapacidad que su proveedor médico puede completar.

Para enterarse de las actualizaciones o los cambios a esta información, comuníquese con Northwest Pilot Project al (503) 227-5605 o housing@nwpilotproject.org

VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Nombre: _____ Número del Seguro

Social: _____

_____ Solicitante

_____ Residente

Para ser elegible para que le den prioridad más alta en una búsqueda de viviendas o deducciones de su ingreso, una persona debe cumplir con ciertos estándares de discapacidad. Una persona con una discapacidad es una persona que tiene:

_____ Una discapacidad según lo definido en la sección 223 de la Ley del Seguro Social. Esto es una falta de capacidad para participar en una actividad importante debido a un impedimento físico o mental determinable médicamente, el cual se espera que dure por un periodo continuo de por lo menos 12 meses.

_____ Un impedimento físico, mental o emocional que se espera que sea de largo plazo y dure indefinidamente; que afecte de forma significativa su capacidad para vivir de forma independiente; y que sea de tal naturaleza que la capacidad para vivir de forma independiente puede mejorarse con condiciones de vivienda más adecuadas.

_____ Una discapacidad del desarrollo según lo definido por la sección 102 (7) de la Ley de Declaración de derechos y asistencia de discapacidades del desarrollo.

Con base en la definición anterior, soy de la opinión que la persona mencionada anteriormente:

_____ tiene una discapacidad

_____ no tiene una discapacidad

La discapacidad inició alrededor de: _____ (si hay comentarios adicionales, agréguelos al reverso)

Certifico que la información mencionada arriba es verdadera y correcta.

Nombre del evaluador/persona encargada del diagnóstico

Título

Firma

Fecha

Teléfono

ADVERTENCIA: la Sección 1001 del Título 18 el Código de EE. UU. considera como un delito el hacer declaraciones falsas o representaciones erróneas premeditadas ante cualquier departamento o agencia de Estados Unidos con respecto a cualquier asunto dentro de su jurisdicción.

Requisitos necesarios para firmar un formulario de Verificación de Discapacidad

TÍTULO	ACRÓNIMO (siglas en inglés)
Consejero certificado de nivel 3 para alcohol y drogas	CADC III
Doctor en medicina quiropráctica	DC
Doctor en medicina osteopática	DO
Trabajador social clínico con licencia	LCSW
Enfermero practicante con licencia	LNP
Enfermero practicante de salud mental psiquiátrica	PMHNP
Especialista certificado en enfermería	CNP
Enfermero practicante familiar	FNP
Doctor en medicina	MD
Auxiliar médico	PA

Comentarios adicionales:
