

Número clave de la solicitud: _____

Declaración médica de discapacidad

Yo, _____ (nombre del médico o enfermero especializado),
certifico por la presente que mi paciente, _____,
padece una discapacidad médica que le impide realizar cualquier trabajo sustancial y
remunerado. Esta afección ha durado o puede esperarse que dure un periodo continuo
de doce (12) meses consecutivos o más, o puede esperarse que provoque la muerte.

Firma del médico o enfermero especializado

Fecha

Número de teléfono

Dirección postal del centro médico

Por la presente certifico que yo, _____,
estoy solicitando o apelando una denegación previa de beneficios ante la
Administración de la Seguridad Social en relación con una discapacidad que ha durado
o puede esperarse que dure un periodo continuo de doce (12) meses consecutivos o
más, o que puede esperarse que provoque la muerte. Adjunto copia del justificante de
mi solicitud o apelación por la denegación de dichos beneficios. Entiendo que, si no
tengo una solicitud o apelación activa para estos beneficios, es posible que no califique
como persona con discapacidad para la determinación de elegibilidad del Programa de
Asistencia para la Energía o para el Agua para Hogares de Bajos Ingresos.

Firma del integrante del grupo familiar

Fecha

Firma del representante de la agencia

Fecha