

Administrador del Municipio de Wayne

Charles J. Jones Jr.

5401 West Washington Street, Indianapolis, IN 46241

(317) 241-4191 Oficina • (317) 248-8527 Fax

www.waynetwp.org

Declaración Medica

Nombre del Cliente: _____ Numero de Caso _____

Dirrección: _____ Numero de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____

El cliente listado arriba ha aplicado para asistencia de Emergencia con la oficina del Administrador de al oficina del Municipio de Wayne. Los estandares de eligibilida para la asitencia require que todas las personas con capacidades que esten trabajando o buscando empleot. La ley del Estado le da a los administradores la abilidad de para investigar la situación de personas que estan solicitando asistencia del Municipio. El nombre del cliente arriba ha dicho a nuestra oficina de su incapacidad de trabajar debido a un problema fisico mental o emocional.. Por favor ayudenos a verificar la información dada a nosotros completando el formulario abajo. **Porfavor faxee a nuestra oficina al numero de arriba para ayudar a facilitar la solicitud de asistencia por nuestra oficina. Gracias por su ayuda.**

Con respecto a la capacidad de trabajar como se describe anteriormente. Yo he examinado el cliente y he dado el siguiente diagnostico:

El cliente es : porfavor cheque todo lo que aplica. Si el cliente no puede trabajar <u>porfavor</u> indique si le beneficiaria los programas de la rehabilitacion vocacional y/o Goodwill.	
_____ Puede trabajar	_____ No puede trabajar
_____ Puede trabajar con restricciones (como esta indicado):	

Posible fecha de que terminen para las restricciones: -----	
_____ Puede atender/participar en programas de entrenamiento (programas de Rehabilitacion Vocacional y/o Goodwill)	
_____ totalmente discapacitado	Fecha de Invalidez: _____
_____ Siguiendo todos los tratamientos recomendados y manteninedo citas.	
_____ NO esta siguiendo los tratamientos recomendados ni manteniendo citas.	

Nombre del Medico examinador: _____

Nombre de la Oficina, Hospital or Clinica: _____ Fecha del Último examen: _____

Dirrección del medico y numero de telefono: _____

Firma Del medico: _____ Fecha: _____

****Declaración de divulgación****

Yo doy permiso que toda la información anterior sea dada a la oficina del Adminostrador del Municipio de Wayne con el fin de evaluar mi solicitud para la asistencia del Municipio. Yo entiendo que la información que ellos reúnen es confidencial y va a ser usada solo para los propositos de de evaluar mi aplicación para asistencia, y no sera re-divulgada a ninguna otra entidad. Please cooperate fully with the Trustee's Office to help expedite this process. This authorization is valid for a period of 180 days from the date below. I understand I may revoke this authorization by notifying the parties in writing, but that revoking authorization will have no impact upon actions already taken in compliance with this form. I understand that if I refuse to sign this authorization, my request for assistance may be affected.

Client's Signature: _____ Date: _____