



**PETICIÓN PARA REQUISITO DE TRABAJO DE SNAP -
DETERMINACIÓN NO APTO PARA TRABAJAR DEL PROVEEDOR DE SERVICIO MÉDICO**

Proveedor del Servicio-Médico:

Por favor ayúdenos a determinar si la persona nombrada en la parte de abajo se encuentra mentalmente o físicamente apta para obtener un empleo. Por favor conteste a las preguntas en la sección correspondiente del formulario que corresponda a su profesión y firmar en el área de la firma. No necesita proveer los expedientes médicos. Debemos tener este formulario de vuelta

para el _____ para determinar la elegibilidad de los beneficios de esta persona.

Esta información nos ayudará a determinar si su paciente no está apto para participar en los requisitos de trabajo, según la Sección 6(o) de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Este formulario está autorizado por el Título 89 III. Código Administrativo 121.160 y es voluntario. No hay penalización por no responder.

Para ser completado por el Recipiente de SNAP:

Yo, (favor de escribir nombre en letras de imprenta):

que vivo en (favor escribir la dirección en letras de imprenta)

solicito la verificación de mí:

- condición física o mental participación en un programa de drogas y Alcoholismo
 participación en los servicios para personas sin hogar participación en los servicios de violencia doméstica

Por este medio autorizo la entrega de la información médica y/o la participación de la rehabilitación solicitada al Departamento de Servicios Humanos de Illinois

Firma: _____

Fecha: _____

Para ser completado por el Profesional de la Salud**

¿Tiene esta persona una condición mental y/o física temporero o permanente a la cual le restringe su capacidad a:

- Trabajar en un empleo de 20 horas por semana? Sí No
 - Participar en una actividad del programa de trabajo y entrenamiento por 80 horas al mes? Sí No

Si respondió sí, por favor indique la duración del impedimento del paciente debido a esta enfermedad o discapacidad.

- menos de 30 días de 1 a 3 meses de 3 a 6 meses
 de 6 a 9 meses de 9 a 12 meses más de 12 meses, o indefinido

¿Está embarazada esta persona? Sí No

Para ser completado por el Personal /Trabajador(a) Social en un Programa de Tratamiento de Drogas y Alcoholismo**

¿Es esta persona un(a) participante en un programa de tratamiento de drogas y alcoholismo o en un programa de consejería?

Si respondió sí, ¿cuál es la fecha del inicio del programa?: _____

¿Cuándo terminará el programa? _____

Para ser completado por el Personal /Trabajador(a) Social de un Proveedor de Servicios Para Personas Sin Hogar o Albergue**

¿Se encuentra esta persona sin hogar y tiene una capacidad limitada para:

- Trabajar en un empleo de 20 horas por semana? Sí No
 - Participar en una actividad del programa de trabajo y entrenamiento por 80 horas al mes? Sí No



**PETICIÓN PARA REQUISITO DE TRABAJO DE SNAP -
DETERMINACIÓN NO APTO PARA TRABAJAR DEL PROVEEDOR DE SERVICIO MÉDICO**

Para ser completado por el Personal /Trabajador(a) Social de un Proveedor de Servicios de Violencia Doméstica o Albergue**

¿Es esta persona un sobreviviente de la violencia doméstica y tiene una capacidad limitada para:

- Trabajar en un empleo de 20 horas por semana? Sí No
- Participar en una actividad del programa de trabajo y entrenamiento por 80 horas al mes? Sí No

**** REQUERIDO****

LA FIRMA Y LA INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Certifico que la información indicada en la parte de arriba es verdadera y exacta.

Nombre (por favor en letras de imprenta)

Firma

Título/Profesión**

/ /
Fecha (Mes/Día/Año)

Teléfono

Dirección