

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
División de Servicios para la Familia y los Niños

**DECLARACIÓN MÉDICA**

PARA: REF. Nombre del cliente:  
Número del caso:  
Número de ID del trabajador:

La persona anteriormente mencionada ha solicitado o está recibiendo:

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)  Cupones de alimentos.

Para familias necesitadas, simultáneamente en transición de TANF como solicitantes/beneficiarios al trabajo, la autosuficiencia y salida de la asistencia gubernamental. TANF es un programa de tiempo limitado y el Sr. /Sra. y ya ha recibido TANF durante de los 48 meses. Debemos saber su estado médico actual y la fecha de recuperación anticipada para poder determinar su colocación en una actividad de trabajo apropiada.

A continuación se incluye la autorización para divulgar la información médica firmada por el participante de TANF/Cupones de alimentos:

**Autorización para divulgar información médica**  
**(Para ser llenado por el solicitante/beneficiario de TANF/Cupones de alimentos)**

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo \_\_\_\_\_ entregar a la División de Servicios para la Familia y los Niños la información solicitada acerca de mi estado medico, que incluye mi capacidad para participar en actividades laborales adecuadas y mi capacidad de ser empleado actualmente y en el futuro.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma o marca \_\_\_\_\_

Si es firmado por una "X", la persona que atestigua la marca

Firma del testigo  
Fecha

*La sección siguiente debe ser llenada por el profesional médico:*

Fecha del examen más reciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico del estado actual: \_\_\_\_\_

Duración anticipada de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Pronóstico (por favor sea específico):

¿Cuáles son las instrucciones específicas que se le ha pedido al paciente que siga?

¿Cuándo estima que el paciente podrá participar en actividades relacionadas con el trabajo?

¿Qué facilidades, de ser necesario, podemos instalar que permitirían al paciente participar en actividades laborales en este momento?

Por favor indique si alguna de las siguientes actividades es apropiada para esta persona. **Si se necesita de facilidades, sírvase especificar en el espacio proporcionado arriba.** Marque todas las casillas que correspondan:

- |  |   |    |   |    |
|--|---|----|---|----|
| <input type="checkbox"/> Empleo a tiempo completo        | - | Sí | - | No |
| <input type="checkbox"/> Empleo a tiempo parcial         | - | Sí | - | No |
| <input type="checkbox"/> Actividad voluntaria            | - | Sí | - | No |
| <input type="checkbox"/> Servicio comunitario ligero     | - | Sí | - | No |
| <input type="checkbox"/> Alfabetización de adultos /GED  | - | Sí | - | No |
| <input type="checkbox"/> Formación técnica a corto plazo | - | Sí | - | No |

¿Necesita el paciente un cuidador a tiempo completo?  Yes  No

Fecha de regreso para un nuevo examen:

Comentarios adicionales:

Nombre del profesional médico: \_\_\_\_\_

(Letra de imprenta)

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del profesional médico:

Número telefónico:

Dirección: