

**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: \_\_\_\_\_

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

(Letra de imprenta)

Firma del profesional médico:

Número telefónico:

Dirección:

---