



Solicitud de vivienda permanente de HSH

Formulario G: Formulario de verificación de la discapacidad

Instrucciones

- Para ser elegible para las unidades de PSH en San Francisco reservadas para personas con discapacidad, se debe documentar y adjuntar a esta solicitud la evidencia de que una persona o un adulto jefe de familia está diagnosticado con una discapacidad.
- Determine qué método de verificación de la discapacidad se utilizará de entre las opciones que aparecen a continuación y llene todos los campos correspondientes bajo esa opción.
- Adjunte a este formulario toda la documentación de apoyo.

Condición de discapacidad

La Ley McKinney-Vento de Asistencia a las Personas Sin Hogar (42 U.S.C. 11360(9)) define la discapacidad como una condición que:

- Se espera que sea de larga duración o de duración indefinida;
 - Impide sustancialmente la capacidad de la persona para vivir de forma independiente;
 - Podría mejorarse mediante la provisión de condiciones de vivienda más adecuadas; y
 - Es un impedimento físico, mental o emocional, incluyendo un impedimento causado por el abuso de alcohol o drogas, trastorno de estrés postraumático o lesión cerebral;
- Es una discapacidad del desarrollo, tal como se define en la sección 102 de la Ley de Asistencia a las Discapacidades del Desarrollo y Declaración de Derechos de 2000 (42 U.S.C. 15002); o bien
- Es la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o cualquier afección derivada del organismo etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Documentos de referencia:

https://files.hudexchange.info/resources/documents/HomelessDefinition_RecordkeepingRequirementsandCriteria.pdf

<https://www.hudexchange.info/resource/5182/sample-chronic-homelessness-documentation-checklist/>



Documentación Opción 1: Autocertificación con observación del personal de admisión o referencia		
Nota: Durante la pandemia del COVID-19, la autocertificación y observación del personal de admisión o referencia se considera documentación aceptable.		
Certificación del cliente		
<p>Por este conducto certifico que yo, _____ (Nombre del cliente en letra de molde) he sido diagnosticado con al menos uno de los siguientes impedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un impedimento físico, mental o emocional, incluyendo un impedimento causado por el abuso de alcohol o drogas, trastorno de estrés postraumático o lesión cerebral; que: <ul style="list-style-type: none"> o Se espera que sea de larga duración o de duración indefinida; y afecta sustancialmente mi capacidad para vivir de forma independiente; y podría mejorarse mediante la provisión de condiciones de vivienda más adecuadas; O BIEN <input type="checkbox"/> Una discapacidad del desarrollo, tal como se define en la sección 102 de la Ley de Asistencia a las Discapacidades del Desarrollo y Declaración de Derechos de 2000 (42 U.S.C. 15002); O BIEN <input type="checkbox"/> La enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cualquier afección derivada del organismo etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH). 		
Nombre del cliente en letra de molde (Jefe de familia/Solicitante principal)	Firma del cliente (Jefe de familia/Solicitante principal)	Fecha
Certificación del personal: El personal de admisión o referencia también debe dar fe de la autocertificación de discapacidad		
<p>Por este conducto certifico que _____ (Nombre del cliente en letra de molde) tiene una condición que cumple con la definición de discapacidad del HUD según la Ley McKinney-Vento de Asistencia a las Personas Sin Hogar (42 U.S.C. 11360(9)).</p>		
Miembro del personal (Letra de molde)	Miembro del personal (Firma)	Fecha
Puesto	Organización	



Documentación Opción 2: Verificación de SSA o VA		
<p>La evidencia adjunta a este formulario debe incluir una de las siguientes (Marque uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Verificación de ingresos de la Administración del Seguro Social; O BIEN</p> <p><input type="checkbox"/> Copia de un cheque de incapacidad (por ejemplo, SSI, SSDI o compensación por discapacidad de veteranos)</p>		
Documentación Opción 3: Verificación por parte de un profesional cualificado con licencia		
<p>Por este conducto certifico que _____ [Inserte el nombre del participante] ha sido diagnosticado con al menos uno de los siguientes impedimentos:</p> <p><input type="checkbox"/> Un impedimento físico, mental o emocional, incluyendo un impedimento causado por el abuso de alcohol o drogas, trastorno de estrés postraumático o lesión cerebral; que:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Se espera que sea de larga duración o de duración indefinida; y afecta sustancialmente la capacidad de la persona para vivir de forma independiente; y podría mejorarse mediante la provisión de condiciones de vivienda más adecuadas; O BIEN <p><input type="checkbox"/> Una discapacidad del desarrollo, tal como se define en la sección 102 de la Ley de Asistencia a las Discapacidades del Desarrollo y Declaración de Derechos de 2000 (42 U.S.C. 15002); O BIEN</p> <p><input type="checkbox"/> La enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cualquier afección derivada del organismo etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH).</p>		
Notas [Para uso exclusivo del personal]:		
Personal con licencia/acreditación (nombre en letra de molde)	Personal con licencia/acreditación (firma)	Fecha
Licencia/Credencial	Agencia/Afiliación	Puesto