W-1089
(Rev. 10/25)

Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ENERGÍA DE CONNECTICUT
CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Los hogares que solicitan beneficios a través del Programa de Asistencia para Energía de Connecticut (CEAP) se consideran "vulnerables" y, por lo tanto, son elegibles para recibir beneficios incrementados si al menos un miembro del hogar es una persona ciega o con discapacidad. Una persona se considera con discapacidad si cumple con uno o más de los siguientes criterios:

1. **Presenta una discapacidad física o mental que limita de manera sustancial una o más actividades importantes de la vida diaria.**
   - Las principales actividades de la vida diaria incluyen, pero no se limitan a, cuidarse a uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar peso, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse, trabajar y el funcionamiento de una función corporal importante.
2. **Tiene un historial de tal discapacidad.**
   - Esto significa que la persona tiene un historial o ha sido erróneamente clasificada como poseedora de tal discapacidad.
3. **Es considerada como persona con tal discapacidad.**
   - Esto se aplica si la persona es tratada por otros como si tuviera una discapacidad, incluso si no tiene una discapacidad que limite sustancialmente una actividad vital importante. Esto no se aplica a discapacidades menores o que tengan una duración real o esperada de 6 meses o menos.

Si se declara una discapacidad pero no se proporciona documentación de beneficios por discapacidad, el solicitante debe presentar una verificación emitida por un médico, APRN, asistente médico o psiquiatra. En el caso de ceguera, un optometrista, un oftalmólogo o la Junta de Educación y Servicios para Ciegos de Connecticut pueden completar la PARTE B o presentar un certificado de ceguera. ***Se aceptan firmas selladas.***

PARTE A – COMPLETADA POR EL SOLICITANTE

IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE *(Escriba en letra de imprenta)*

NOMBRE DE LA PERSONA CIEGA O DISCAPACITADA *(Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)*				
FECHA DE NACIMIENTO *(Obligatorio)*				**NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO**
DIRECCIÓN *(Número y calle)*	*(Ciudad o pueblo)*		*(Estado)*	*(Código postal)*
DIRECCIÓN POSTAL *(Número y calle)*	*(Ciudad o pueblo)*		*(Estado)*	*(Código postal)*

PARTE B – COMPLETADA POR EL CERTIFICADOR MÉDICO

NOMBRE DEL CERTIFICADOR *(Escriba en letra de imprenta)*	ENCIERRE UNO **P.A.** **PSIQUIATRA** **MÉDICO** **APRN** **OPTOMETRISTA** **OFTALMÓLOGO** **BESB**			
NÚMERO DE LICENCIA PROFESIONAL *(Obligatorio)*			**ESTADO QUE EMITE LA LICENCIA PROFESIONAL** *(Obligatorio)*	
DIRECCIÓN DE LA OFICINA *(Número y calle)*	*(Ciudad o pueblo)*	*(Estado)*	*(Código postal)*	**NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA**

FIRMA DEL CERTIFICADOR MÉDICO

Certifico, bajo pena de ley, que la persona nombrada en esta solicitud cumple uno o más de los criterios de elegibilidad definidos anteriormente. Entiendo que si realizo una certificación que sé o creo que no es verdadera con la intención de engañar al Departamento de Servicios Sociales o al CEAP, estaré sujeto a procesos legales según la ley aplicable.

FIRMA DE MÉDICO, PA, APRN, OPTOMETRISTA, OFTALMÓLOGO O PSIQUIATRA	**FECHA**

PARTE C – COMPLETADA POR LA AGENCIA DE ACCIÓN COMUNITARIA (CAA)

INFORMACIÓN DE LA CAA

NOMBRE DE LA CAA	
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE LA CAA	**NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO**
FIRMA	