

## HOJA DE PORTADA DE DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD DE CRP

**1. Nombre de CRP:**

**2. Empleado/Numero del Cliente:**

(asignar un número a cada empleado/cliente si no existe ninguno)

**3.** Tiempo completo                      Medio Tiempo (menos de 20 horas por semana)

**4. Fecha de entrada/contratación:**

**5. Fecha de terminación:**

**6. Cargo ocupado y breve resumen del trabajo realizado:**

---

**Sección 806.41(e)(5)** del Código Administrativo de Texas (TAC) establece que las determinaciones de discapacidad son o fueron realizadas por un profesional médico, un profesional de rehabilitación vocacional, una agencia de educación local, la Administración del Seguro Social o otra persona que:

(A) Ha demostrado las calificaciones necesarias para hacer tales determinaciones; y

(B) Es una persona independiente que no pertenece a CRP.

**TAC §806.2(8) Definición de una discapacidad**

*Discapacidad: una discapacidad reconocida en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades que impide que una persona busque, ingrese o mantenga un empleo remunerado.*

**Seleccione cuál de los siguientes documentos de respaldo de discapacidad o impedimento de CRP está archivado:**

Formulario de evaluación un doctor medico

Formulario de un psiquiatra

Formulario de evaluación de psicólogo

Formulario de examen de oftalmólogo

Formulario de examen de optometrista

Comprobante de beneficios del Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)

Formulario AbilityOne/JWOD

Agencia de servicios sociales estatal, gubernamental o local

Profesional de rehabilitación vocacional (*debe ser una persona independiente, que no pertenezca a CRP y debe completar la hoja de trabajo de determinación de discapacidad adjunta: DIS-WS-11/22*)

Otro formulario de evaluación profesional

La determinación de discapacidad de un profesional con licencia reconocida u otra fuente anterior, debe incluir la determinación del profesional, que la discapacidad impide que la persona mantenga un empleo remunerado y **debe estar firmada por el profesional apropiado.**

**Otra documentación debe estar en el archivo:**

Formulario de consentimiento de discapacidad del empleado de la TWC (EMP-CONS-11/22)