

**ESTADO DE NORTH CAROLINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
RESUMEN DE HISTORIA SOCIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

\_\_\_\_\_ Department of Social Services del condado Fecha \_\_\_\_\_

Solicitante \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

N.º de apoyo a los ingresos \_\_\_\_\_ Nombre/N.º del trabajador social \_\_\_\_\_

N.º de teléfono o un número de contacto \_\_\_\_\_

Persona que facilita la información y n.º de teléfono (si es distinta del solicitante)

\_\_\_\_\_

Naturaleza de la discapacidad (según la descripción o declaración del solicitante)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I. Inicio de la discapacidad**

A. Fecha de inicio del padecimiento o lesión \_\_\_\_\_

B. Fecha en que el solicitante dejó de trabajar \_\_\_\_\_

C. Fecha en que el padecimiento o lesión se convirtió en incapacitante \_\_\_\_\_

D. Si sigue trabajando:

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Nombre y n.º de teléfono del supervisor \_\_\_\_\_

Horas trabajadas \_\_\_\_\_

Ingresos brutos \_\_\_\_\_ semanal \_\_\_\_\_ mensual \_\_\_\_\_

**II. Descripción de la discapacidad del solicitante**

A. Indique cómo describe el solicitante los síntomas de la discapacidad y cómo afectan a su capacidad para trabajar.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- B. Describa las actividades cotidianas del solicitante y explique cómo le afectan las deficiencias, como por ejemplo para ver, oír, hablar, leer, caminar, escribir, estar de pie, respirar, sentarse, utilizar las manos, los brazos y otras articulaciones. Describa cómo sus discapacidades limitan lo que puede hacer.

---

---

---

---

---

---

---

- C. Observación del trabajador sobre las dificultades

---

---

---

---

---

---

---

### III. Información profesional (incluido el trabajo por cuenta propia)

- A. Trabajo principal (trabajo desempeñado durante más tiempo en los 15 años anteriores al inicio)

1. Cargo \_\_\_\_\_ 4. Horas/día \_\_\_\_\_  
2. Industria \_\_\_\_\_ 5. Días/semana \_\_\_\_\_  
3. Fecha de inicio \_\_\_\_\_ 6. Tasa de pago/ingresos medios  
Fecha de finalización \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Otros empleos: Lista de trabajos realizados en los últimos 15 años anteriores a la fecha de inicio declarada. Indique las fechas aproximadas de empleo (utilice una hoja adicional si es necesario)

---

---

---

---

---

---

---

- B. Estudios/grado más alto completado \_\_\_\_\_

¿Terminó la escuela secundaria? \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la escuela, si se conocen \_\_\_\_\_

Educación complementaria \_ Tipo \_\_\_\_\_ ¿El solicitante asiste actualmente a la escuela? \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela y dirección, si se conoce \_\_\_\_\_

¿Puede el solicitante leer y escribir? \_\_\_\_\_

