

**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? _____

