



Disability Statement for Income Loss Authorization

N.º de solicitud de la CalVCB: _____

La Junta de Compensación para Víctimas de California (California Victim Compensation Board, CalVCB) puede reembolsar a una víctima/demandante por la pérdida de ingresos debido a una lesión relacionada con un delito calificado. El proveedor médico o de salud mental que trata a la víctima debe proporcionar la siguiente información. Para obtener más información e instrucciones, consulte la segunda página.

Para que lo complete el proveedor médico o de salud mental que da el tratamiento

Nombre de la víctima (en letra de imprenta):		Fecha de la lesión:	
¿Fue esta una lesión relacionada con el delito? Sí ☐ No ☐		¿Fue esta una lesión relacionada con el trabajo? Sí ☐ No ☐	
Códigos del diagnóstico:			
Pronóstico:			
Fechas del período de discapacidad: desde el ____/____/____ hasta el ____/____/____			
¿Pudo el paciente realizar tareas modificadas relacionadas con el trabajo durante este período? Sí ☐ No ☐			
<i>Certificación y firma del proveedor médico o de salud mental que da el tratamiento (OBLIGATORIO): Certifico bajo pena de perjurio que el examen del paciente estaba dentro del alcance de mi licencia. Con base en este examen, certifico, además, que esta Declaración de discapacidad describe con precisión la discapacidad del paciente y el período estimado de discapacidad, si lo hubiera.</i>			
Además, certifico que tengo licencia para ejercer la actividad en el estado de: _____			
Nombre del proveedor médico o de salud mental que da el tratamiento (como figura en la licencia) (en letra de imprenta):		N.º de licencia estatal	
Dirección del proveedor médico o de salud mental que da el tratamiento		Número de teléfono	
Firma del proveedor médico o de salud mental que da el tratamiento		Fecha de la firma:	
Asistentes médicos y enfermeros practicantes: Si autoriza esta Declaración de discapacidad por daño emocional, se debe proporcionar el nombre, la firma, el número de licencia, el área de especialidad y la información de contacto del médico supervisor.			
Nombre del proveedor médico o de salud mental que supervisa		N.º de licencia estatal	Especialidad
Dirección del proveedor médico o de salud mental que supervisa		Número de teléfono	
Firma del proveedor médico o de salud mental que supervisa		Fecha de la firma	

Disability Statement for Income Loss Authorization

La Declaración de discapacidad se puede presentar de cualquiera de las siguientes maneras: mediante un formulario de Autorización de declaración de discapacidad por pérdida de ingresos de la CalVCB, o enviando una carta dirigida a la CalVCB en el talonario de recetas o en el papel membretado del proveedor médico o de salud mental que da el tratamiento, donde se indique:

1. La naturaleza de las lesiones relacionadas con el delito calificado de la víctima;
2. El período prescrito durante el cual la víctima no puede trabajar;
3. El diagnóstico actual y el pronóstico de recuperación;
4. La certificación de que la discapacidad fue una consecuencia directa del delito calificado.

Proveedores aprobados para lesiones físicas:

- Médico
- Osteópata (Doctor of Osteopathic Medicine, DO)
- Asistente médico
- Enfermero practicante
- Optometrista
- Dentista
- Podólogo
- Quiropráctico

Proveedores aprobados para daños emocionales de 6 meses o menos:

- Asistente social clínico con licencia (Licensed Clinical Social Worker, LCSW)
- Terapeuta matrimonial y familiar con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT)
- Psicólogo clínico con licencia
- Psiquiatra con licencia
- Médico
- Asistente médico
- Enfermero practicante

Cuando el período de discapacidad del daño emocional supere los seis (6) meses, un psicólogo clínico o psiquiatra con licencia deberá completar la Declaración de discapacidad.