



Formulario médico de certificación de discapacidad

El Art. 42-3402.08 del Código Oficial del Distrito de Columbia (2001), con sus enmiendas, autoriza los beneficios y restricciones disponibles para aquellas personas que, según un certificado médico, cumplan con el nivel especificado de discapacidad.

Inquilino	Dirección del inquilino
-----------	-------------------------

Para ser completado por su médico:

He examinado a la persona mencionada más arriba y puedo certificar que dicha persona está discapacitada, según se define en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades [*Americans with Disabilities Act*] de 1990, en el Art. 12102(2)(A) del Título 42 del Código de los Estados Unidos [*USC, United States Code*] y en el Art. 1630.2(g)(1) del Título 29 del Código de Reglamentos Federales [*CFR, Code of Federal Regulations*].

Por el presente certifico que la información anterior es auténtica y precisa.

Nombre del médico en letra de molde y Número de teléfonos	Firma del médico	Número de licencia del DC
---	------------------	---------------------------

Fecha:

El alcalde no divulgará información sobre la discapacidad de esta persona, a menos que la ley exija tal divulgación.

ESTE FORMULARIO ESTÁ SUJETO A MODIFICACIONES, DE ACUERDO CON LA LEY DE ENMIENDA DE 2006 DE ACUERDO CON LA ADA [LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES] ACERCA DE LA DEFINICIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES, PROYECTO DE LEY 16-0875.