

**FORMULARIO ADICIONAL PARA LA REINVESTIGACION DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS -
AYUDA PARA FAMILIAS CON NIÑOS A SU CARGO (AFDC)/ADULTOS****CONTESTE UNICAMENTE A LAS PREGUNTAS EN LAS SECCIONES INDICADAS CON UNA "X".****FIRME ESTE FORMULARIO Y ANOTE LA FECHA AL FINAL DEL DOCUMENTO.**☐ **MA (AYUDA MEDICA)**Tengo 65 años o más de edad. ☐ YES ☐ NOSoy ciego. ☐ YES ☐ NOEstoy incapacitado. ☐ YES ☐ NO☐ **GR (AYUDA GENERAL)**Sigo sin posibilidades de obtener empleo. ☐ YES ☐ NOEstoy recibiendo subsidios del programa
de Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI). ☐ YES ☐ NOHe recibido información médica nueva y actualizada
desde la última vez que se evaluó mi caso. ☐ YES ☐ NO☐ **BP (PENSION PARA CIEGOS)**Mi esposo o esposa, padre o madre
posee el sentido de la vista. ☐ YES ☐ NOYo solicito limosnas. ☐ YES ☐ NOSe me ha practicado cirugía ocular
en los últimos 5 años. ☐ YES ☐ NO☐ **AB (SUBSIDIO ADICIONAL PARA CIEGOS)**Mi esposo o esposa, padre
o madre posee el sentido
de la vista. ☐ YES ☐ NOYo solicito limosnas. ☐ YES ☐ NO

FIRMA



FECHA

Mi firma certifica que todas las declaraciones hechas en este formulario para la reinvestigación del cumplimiento de requisitos son verdaderas,
precisas y completas.**EXCLUSIVAMENTE PARA USO DEL CONDADO - NO ESCRIBA EN EL ESPACIO DE COLOR GRIS DE ESTE FORMULARIO.****1. AGE: IM-36 complete?** ☐ NA ☐ YES ☐ NO

If no, explain:

2. INCAPACITY: ☐ NADisability Established? ☐ YES ☐ NO

Decision: MRT ____ Local ____ SSA/SSI ____ Other ____

Decision Date: (1) ____ (2) ____

Re-exam Date: (1) ____ (2) ____

Obvious incapacity, needed in home, or employability of others:

(Explain)

3. VR HEALING TREATMENT: ☐ NA ☐ YES ☐ NOMRT Decision to apply as eligible? ☐ NA ☐ YES ☐ NO**4. VISUALLY ELIGIBLE FOR SAB OR BP?** ☐ YES ☐ NO

If NO, Explain:

Date of State Ophthalmologist Decision: ____

Date of next review: ____ Waived? ☐ YES ☐ NO

IM-2B Dated: ____

Parent or sighted spouse able to support? ☐ NA ☐ YES ☐ NO**5. IF BP, COMPLETE THE FOLLOWING:**Claimant found ineligible for SAB. ☐YES ☐ NO

If Yes, give reason:

IM-2A Dated: ____

6. SSI Eligibility Evaluated? ☐ YES ☐NO ☐ NA7. **CBTD** ☐NA ☐ YES ☐ NO

If no, Explain:

8. SERVICE REFERRAL: ☐ NA Explain:**9. PRIORITY:** ☐ YES ☐ NO Date:

Reason:

10. DECISION DATE: ☐ Eligible ☐ Ineligible

Explain: