

**Programa de Acuerdo de Pago de Impuestos sobre Propiedades Ocupadas por el Propietario (Owner Occupant Payment Agreement, OOPA) Formulario de verificación de discapacidad – Declaración de discapacidad total y permanente del médico**



Un reclamante que no esté cubierto por la Ley federal del Seguro Social o la Ley federal de Retiro Ferroviario y que no pueda presentar un comprobante de discapacidad total y permanente puede presentar esta declaración del médico. El médico debe determinar el estado del reclamante utilizando los mismos estándares utilizados para determinar la discapacidad total y permanente en virtud de la Ley federal del Seguro Social o la Ley federal de Retiro Ferroviario. ADVERTENCIA: Si el reclamante solicitó beneficios por discapacidad del Seguro Social y la Administración del Seguro Social no falló a favor del reclamante, el reclamante no es elegible para un OOPA basado en una discapacidad, pero podría cumplir con los límites de elegibilidad de ingresos.

**No presente registros médicos a menos que lo solicite el Departamento de Ingresos de Filadelfia (Philadelphia Department of Revenue).**

**Declaración de confidencialidad.** Toda la información en esta Declaración del Médico y formulario de reclamo es confidencial. El departamento solamente utilizará esta información con el objeto de determinar la elegibilidad del reclamante para un Programa de Acuerdo de Pago de Impuestos sobre Propiedades Ocupadas por el Propietario

**1 Información del solicitante**

Nombre del solicitante

Número de cuenta de la OPA

**2 Certificado médico**

Certifico que el reclamante arriba nombrado es mi paciente y está total y permanentemente discapacitado según los estándares requeridos por la Ley federal del Seguro Social o la Ley federal de Retiro Ferroviario para determinar la discapacidad total y permanente. Ante solicitud del Departamento de Ingresos de Filadelfia, brindaré los informes o registros médicos que indican el diagnóstico y pronóstico de la condición del reclamante, incluidos los signos, síntomas y hallazgos del laboratorio, si aplica o corresponde.

Firma del médico

Fecha

**3 Descripción de la discapacidad**

Describa la discapacidad total y permanente del reclamante. Describa brevemente los motivos por los cuales el reclamante arriba nombrado está total y permanentemente discapacitado.

**4 Información de identificación del médico**

Nombre

Identificador Nacional de Proveedor

Nombre comercial, si corresponde

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico de la oficina

Teléfono de la oficina

**Adjunte el formulario completado a su Solicitud de OOPA**

Si tiene preguntas sobre este formulario, llame al (215) 686-6442.