

---

Fecha de la recolección de la discapacidad

---

(MM/DD/AAAA)

---

¿Es sordo o tiene dificultades para oír?

Sí  No

---

¿Es ciego o tiene dificultades graves para ver, incluso cuando lleva gafas?

Sí  No

---

Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

Sí  No

(5 años o más)

---

¿Tiene dificultades graves para caminar o subir las escaleras?

Sí  No

(5 años o más)

---

¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

Sí  No

(5 años o más)

---

Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer recados solo como ir a la consulta de un médico o ir a comprar?

Sí  No

(15 años o más)