

DECLARACIÓN DEL MÉDICO 2405310067

Declaración del médico de incapacidad permanente y total

PA-1000 PS 06-24 (esp)(FI)
PA Department of Revenue**2024**

SOLO PARA USO OFICIAL

Nombre, como figura en PA-1000

Número de seguro social

Instrucciones

Aquel reclamante que no esté cubierto por la Ley Federal de Seguridad Social ni por la Ley Federal de Jubilación Ferroviaria y que no pueda presentar una prueba de incapacidad permanente y total puede presentar esta Declaración del médico. El médico debe determinar el estado del reclamante utilizando las mismas normas empleadas para determinar la incapacidad permanente y total en virtud de la Ley Federal de Seguridad Social o la Ley Federal de Jubilación Ferroviaria. **ADVERTENCIA:** Si el reclamante solicitó beneficios por discapacidad del Seguro Social y la Administración del Seguro Social no dictaminó a su favor, el reclamante no es elegible para reembolsos de impuestos a la propiedad ni de alquileres.

Declaración de confidencialidad. Toda la información contenida en esta Declaración del médico y en el formulario de reclamo es confidencial. El departamento solo utilizará esta información para determinar si el reclamante es elegible para recibir un reembolso de impuestos a la propiedad o de alquileres.

CERTIFICACIÓN

Certifico que el reclamante mencionado es mi paciente y que está permanente y totalmente incapacitado según las normas que la Ley Federal del Seguro Social o la Ley Federal de Jubilación Ferroviaria exigen para determinar la incapacidad permanente y total. A solicitud del Departamento de Hacienda de PA, proporcionaré los informes o registros médicos que indiquen el diagnóstico y el pronóstico de la afección del reclamante, incluidos los signos, síntomas y resultados de laboratorio, si corresponde.

Firma del médico

Fecha

Descripción de la incapacidad permanente y total del reclamante. Describa brevemente los motivos por los que el reclamante mencionado se encuentra total y permanentemente incapacitado.

Información de identificación del médico En letra de molde.

Nombre		Identificador de proveedor nacional	
Razón social, si corresponde			
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono de la oficina		Correo electrónico de la oficina	



2405310067

2405310067