

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE CONDONACIÓN DE PRÉSTAMO POR INCAPACIDAD 2026-2027

Los registros del Departamento de Educación (Department of Education) de los EE. UU. indican que se le ha(n) condonado uno o más préstamos estudiantiles debido a una incapacidad total y permanente.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (en letra de imprenta)

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	Número de identificación del estudiante

RESTABLECIMIENTO DE LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR PRÉSTAMOS FEDERALES

Elija SOLO UNA opción:	Proporcione la documentación requerida
<input type="checkbox"/> Solicito el restablecimiento de mi elegibilidad para un préstamo federal para este año académico	<ul style="list-style-type: none"> Pida a su médico que complete la página 2 de este formulario. Revise y firme el reconocimiento del prestatario que figura a continuación
<input type="checkbox"/> No estoy interesado en recibir préstamos federales para este año académico	<ul style="list-style-type: none"> Firme y feche este formulario. No necesita hacer nada más.

RECONOCIMIENTO DEL PRESTATARIO

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD SOBRE EL RESTABLECIMIENTO DE LA ELEGIBILIDAD PARA UN PRÉSTAMO: Al firmar a continuación, usted está solicitando fondos de préstamos federales. Asimismo, es consciente de que no podrá ser condonado por ningún préstamo federal nuevo por un impedimento actual, a menos que este se agrave hasta el punto de que vuelva a quedar total y permanentemente incapacitado. Si su préstamo anterior se condonó condicionalmente y el período condicional no ha transcurrido, está afirmando que se reanuda el cobro del préstamo condonado condicionalmente. Además, a menos que su estado empeore sustancialmente, el préstamo anterior no podrá ser condonado en el futuro por ningún impedimento presente cuando se le concedió la condonación condicional o cuando solicitó el nuevo préstamo.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Al firmar a continuación, autorizo a cualquier médico, hospital u otra institución que tenga registros relativos a la incapacidad por la que se me canceló (cancelaron) un(os) préstamo(s) a poner la información de dichos registros a disposición del Departamento de Educación de los EE. UU. o del titular de mi(s) préstamo(s).

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Al firmar este documento, el estudiante certifica que toda la información facilitada es correcta y está completa. El estudiante debe firmar e indicar la fecha. **(No se aceptan firmas electrónicas ni mecanografiadas)**

Firma del estudiante (obligatoria)	Fecha

ADVERTENCIA: Si usted deliberadamente proporciona información falsa o engañosa en este formulario, podría recibir una multa, ser sentenciado a prisión o ambos.

CERTIFICACIÓN MÉDICA 2026-2027

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (en letra de imprenta)

Apellido del estudiante			Número de identificación del estudiante		
Nombre del estudiante		Inicial del segundo nombre			

INFORMACIÓN DEL MÉDICO (en letra de imprenta)

Apellido		Nombre		Número de licencia profesional	
Dirección del consultorio				Nombre del consultorio	
Ciudad	Estado	Código postal		Número de teléfono del médico	

EL MÉDICO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN:

Soy (marque una opción):

- Doctor en Medicina (MD)
- Doctor en Osteopatía/Medicina Osteopática (DO)

Al firmar abajo, certifico que el estudiante mencionado tiene una condición de discapacidad que ha mejorado, y que el estudiante, en mi opinión profesional, tiene la capacidad de participar en una actividad lucrativa sustancial.

Entiendo que la Oficina de Ayuda Económica de MATC puede comunicarse conmigo para aclarar el estado de este estudiante.

TENGA EN CUENTA: Según la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), el término **actividad lucrativa sustancial (Substantial Gainful Activity, SGA)** se utiliza para describir un nivel de actividad laboral y de ingresos. El trabajo es **sustancial** si implica la realización de actividades físicas o mentales importantes o una combinación de ambas. **Actividad lucrativa** es el trabajo realizado a cambio de una remuneración o un beneficio.

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Al firmar este documento, el médico certifica que toda la información facilitada es correcta y está completa. El estudiante debe firmar e indicar la fecha. **(No se aceptan firmas electrónicas ni mecanografiadas)**

Firma del médico (obligatoria)		Fecha	
--------------------------------	--	-------	--

ADVERTENCIA: Si usted deliberadamente proporciona información falsa o engañosa en este formulario, podría recibir una multa, ser sentenciado a prisión o ambos.