

DECLARACION DE INCAPACIDAD

Para ser elegible para servicios de desarrollo y cuidado infantil debido a una condición de salud física o mental que impide que el padre/tutor proporcione cuidado o supervisión durante al menos una parte del día, se requiere la verificación anual por un profesional de la salud con licencia.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR

Debe ser completado por el padre/tutor incapacitado. Al firmar este formulario y con el propósito de verificar mi incapacidad para cuidar de los niños de la familia lo que se refiere a la elegibilidad de la familia para los servicios de cuidado y desarrollo infantil con subsidio, yo autorizo y solicito al profesional de salud nombrada en parte II para liberar la información solicitada a la agencia identificada a continuación. Además, autorizo al profesional de salud para hablar de esta declaración de incapacidad con la agencia en orden de que agencia pueda verificar, aclarar o completar. Entiendo que el profesional de salud también puede requerir que complete su propio formulario antes de proporcionar la información solicitada a continuación.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR		FIRMA DEL PADRE/TUTOR		FECHA
PRIMER NOMBRE Y EDAD DE LOS NIÑOS PARA LOS CUALES SE SOLICITA ASISTENCIA FINANCIERA PARA CUIDADO DE NIÑOS:				
1.	2.	3.	4.	

INFORMACIÓN DE AGENCIA SOLICITANDO

AGENCIA Stanislaus County Office of Education	REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA AGENCIA	NUMERO DE TELEFONO (209) 238-6300
DOMICILIO 1325 H Street #005	CIUDAD Modesto	CODIGO POSTAL 95354

DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD Y VERIFICACIÓN

Para ser completado por el profesional de salud con licencia. Para que la familia sea elegible para recibir servicios de cuidado y desarrollo infantil en la categoría de incapacidad, la ley de California requiere verificación, por lo menos anualmente, de la incapacidad física o mental de los padres o el tutor que representa a la persona incapaz de cuidar o supervisión de menores de la familia sin ayuda. (Vea código de California de regulaciones, título 5, §18088). Se solicita su colaboración completando y enviándonos este formulario a la agencia mencionada dentro de los 15 días de recibo.

PACIENTE _____ TIENE UNA <input type="checkbox"/> condición física o <input type="checkbox"/> condición de salud mental que impide que él o ella proporcione cuidado y supervisión para los menores mencionados por al menos una parte del día.	Por favor, indique el tiempo en un día y los días de la semana, no debe exceder de 50 horas a la semana, que el padre es incapaz de atender o supervisar a los menores.							
	Cuidado Infantil	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Hora de Inicio:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
	Hora de Finalización:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
Si la hora del día no puede ser identificada fácilmente en consulta con el paciente, por favor identificar el número de horas <input type="checkbox"/> y días de la semana [L, M, M, J, V, S, D] que servicios son necesarios								

Si el padre/tutor tiene una condición médica física, por favor identifique la medida en que el padre es incapaz de proporcionar cuidado y supervisión. (Indique las restricciones que impiden que el padre/tutor proporcione atención o supervisión):

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA	TIPO DE LICENCIA	NUMERO DE LICENCIA	
FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA	FECHA	NUMERO DE TELEFONO ()	
GRUPO MÉDICO U ORGANIZACIÓN CON LA QUE ESTÁ AFILIADO EL PROFESIONAL, SI CUALQUIER			
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL