

## 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.

<b>PACIENTE</b> _____ TIENE UNA condición física o condición de salud mental que impide que él o ella proporcioné 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								
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