

Programa Piloto del Condado de San Francisco Declaración de Incapacidad de Padre/Tutor (01/01/18)

PARTE I – A ser completado por el representante de la agencia autorizada y el padre/tutor incapacitado.
 Al firmar este formulario y por el propósito de verificar mi incapacidad de cuidar los niños de la familia en su relación a la elegibilidad para cuidado infantil subsidiado y servicios de desarrollo, autorizo y solicito que el profesional en salud nombrado en Parte II divulgue la información solicitada a la agencia identificada abajo. Adicionalmente autorizo al profesional en salud que discute esta Declaración de Incapacidad con la agencia para verificar, clarificar, o completarla. Entiendo que el profesional en salud también puede solicitar que yo complete su propio formulario de divulgación antes de proporcionar la información solicitada abajo.

NOMBRE DE PADRE/TUTOR		FIRMA DE PADRE/GUARDIAN		FECHA
NOMBRE DE PILA Y EDAD DE NIÑO(S) POR LOS CUALES SE ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA ECONÓMICA:				
1.	2.	3.	4.	
AGENCIA		REPRESENTANTE DE AGENCIA AUTORIZADA (Por favor escriba en letra de molde)		NÚMERO DE TELÉFONO ()
DOMICILIO		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	

PARTE II – A ser completado por un profesional en salud licenciado.
 Para que la familia califique para recibir cuidado infantil o servicios de desarrollo bajo la categoría de incapacidad, la ley de California requiere verificación, que no exceda 24 meses, de la incapacidad física o mental del padre/tutor que no permite a esa persona cuidar ni supervisar los niños de la familia sin asistencia. (Vea *Códigos de Regulación de California, Título 5, §18088.*) Se solicita su cooperación en completar y entregar este formulario a la agencia nombrada arriba dentro de 15 días de recibirlo.

PACIENTE _____ TIENE una <input type="checkbox"/> condición física o una <input type="checkbox"/> condición de salud mental que no le permite proveer cuidado ni supervisión al niño(s) nombrado arriba por lo menos 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 no puede cuidar ni supervisar al niño(s).							
	Comenzar	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
	Terminar	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, indique el número de horas y días de la semana que los servicios Horas: _____ Días: Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom (por favor circule días)								

FECHA DE COMIENZO DE INCAPACIDAD

Si el padre/tutor tiene una condición física/mental, por favor identifique los límites de la incapacidad del padre/tutor de cuidar y supervisar

Por favor firme y entregue este formulario a la agencia nombrada en Parte I dentro de 15 días de recibir este formulario.

NOMBRE DE PROFESIONAL DE SALUD LICENCIADO		TIPO DE LICENCIA	NÚMERO DE LICENCIA	
FIRMA DEL PROFESIONAL EN SALUD LICENCIADO		FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO	
GRUPO MÉDICO U ORGANIZACIÓN CON QUE ESTÁ AFILIADA EL PROFESIONAL, SEGÚN SEA EL CASO				
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL