

**DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD DEL PADRE****PARTE I**

Debe ser completado por el representante de la agencia autorizada y el padre incapacitado. Al firmar este formulario y con el propósito de verificar mi incapacidad para cuidar a los niños de la familia en relación con la elegibilidad de la familia para recibir servicios de desarrollo y cuidado infantil subsidiados, autorizo y solicito al profesional de la salud mencionado en la Parte II que divulgue la información solicitada a la agencia identificada a continuación. Además, autorizo al profesional de la salud a discutir esta Declaración de incapacidad con la agencia para que la agencia la verifique, aclare o complete. Entiendo que el profesional de la salud también puede requerir que complete su propio formulario de divulgación antes de proporcionar la información solicitada a continuación.

Nombre del padre, madre o cuidadores		Firma del padre, madre o cuidadores		Fecha
Nombre y edad del niño (s) para quien asistencia financiera para el cuidado infantil se solicita:				
1.	2.	3.	4.	
Agency		Authorized agency representative (Please print)		Telephone number
Address		City		Zip code

**PARTE II**

Si la base de la necesidad de servicios de cuidado y desarrollo infantil es la incapacidad de los padres, la ley de California requiere la verificación, al menos una vez al año, de la incapacidad física o mental del padre o cuidador que hace que la persona sea incapaz de cuidar o supervisar al/los niño(s) de la familia sin asistencia. (Ver Código de Regulaciones, Sección 10271)

Paciente \_\_\_\_\_ tiene una condición de salud física o mental que le impide cuidar o supervisar a los niños mencionados anteriormente durante al menos parte del día.

**CHILD CARE**

Por favor, indique el tiempo en un día y los días de la semana, que no exceda de 50 horas en una semana, que el padre es incapaz de cuidar o supervisar al niño(s).

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Start Time	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM
End Time	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM

*Firme y envíe este formulario a la agencia indicada en la Parte I.*

Nombre del Profesional de la salud legalmente calificado		Numero de licencia	
Firme del Profesional de la salud legalmente calificado		Fecha	Numero de teléfono
Grupo médico u organización la cual el profesional está afiliado, si lo hay			
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal