

DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD DEL PADRE STATEMENT OF PARENTAL INCAPACITY

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.

PART I

To be completed by the authorized agency representative and the incapacitated parent. By signing this form and for the purpose of verifying my incapacity to care for the family's children as it relates to the family's eligibility for subsidized child care and development services, I authorize and request the health professional named in Part II to release the information requested to the agency identified below. I further authorize the health professional to discuss this Statement of Incapacity with the agency in order for the agency to verify, clarify, or complete it. I understand the health professional may also require that I complete his or her own release form prior to providing the information requested below.

Nombre del padre, madre o cuidadores / Name of Parent/Caretaker		Firma del padre, madre o cuidadores / Signature of Parent/Caretaker		Fecha / Date
Nombre y edad del niño (s) para quien asistencia financiera para el cuidado infantil se solicita / First name and age of the child(ren) for whom child care financial assistance is being requested:				
1.	2.	3.	4.	
Agencia / Agency		Representante autorizado de la agencia (en letra de molde) / Authorized agency representative (Please print)		Número de teléfono / Telephone number
Domicilio / Address		Ciudad / City		Código Postal / 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/a 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.

CUIDADO INFANTIL

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).

PART II

If the basis of need for child care and development services is parental incapacity, the California law requires verification, at least annually, of the physical or mental incapacity of the parent or caretaker that

renders the person incapable of caring for or supervising the family's child(ren) without assistance. (See Welfare and Institutions Code, Section 10271)

Patient _____ has a physical or mental health condition that prevents him or her from providing care or supervision for the child(ren) listed above for at least part of the day

CHILD CARE

Please indicate the time in a day and the days of the week, not to exceed 50 hours in a week, that the parent is unable to care for or supervise the child(ren).

	Lunes / Monday	Martes / Tuesday	Miércoles / Wednesday	Jueves / Thursday	Viernes / Friday	Sábado / Saturday	Domingo / Sunday
Hora de inicio / Start Time	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM
Hora de finalización / 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/ Please sign and submit this form to the agency listed in Part I

Nombre del Profesional de la salud legalmente calificado / Name of legally qualified healthcare professional		Numero de licencia / License Number	
Firme del Profesional de la salud legalmente calificado / Signature of legally qualified healthcare professional		Fecha / Date	Número de teléfono / Telephone number
Grupo médico u organización la cual el profesional está afiliado, si lo hay / Medical group or organization the professional is affiliated, if applicable			
Domicilio / Address		Ciudad / City	Estado / State Código Postal / Zip Code