



Nombre de la escuela/sitio

Nombre y Apellido del Estudiante

DECLARACION DE INCAPACIDAD PARENTAL

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

LIBERACION DE INFORMACION DE PADRE/TUTOR

Para ser completado por el padre/tutor incapacitado. Al firmar este formulario y con el propósito de verificar mi incapacidad para cuidar a los hijos de la familia en lo que se refiere a la elegibilidad de la familia para los servicios de cuidado infantil y desarrollo subsidiados, autorizo y solicito al profesional de salud nombrado a continuación que libere la información solicitada a la agencia identificada a continuación. Además, autorizo al profesional de salud a discutir esta Declaración de Incapacidad Parental con la agencia para que la agencia la verifique, aclare o la complete. Entiendo que el profesional de salud también puede requerir que complete su propio formulario de liberación antes de proporcionar la información solicitada a continuación.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR		FIRMA DEL PADRE/TUTOR		FECHA
PRIMER NOMBRE Y EDAD DEL (LOS) NIÑO (S) PARA QUIEN SE SOLICITA ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS:				
1.	2.	3.	4.	

REQUESTING AGENCY INFORMATION

AGENCY	AUTHORIZED AGENCY REPRESENTATIVE (Please print.)	TELEPHONE NUMBER ()
ADDRESS	CITY	ZIP CODE

LICENSED HEALTH PROFESSIONAL STATEMENT & VERIFICATION

To be completed by the licensed health professional. For the family to be eligible to receive child care and development services under the category of incapacity, the California law requires annual verification of the physical or mental incapacity of the parent or guardian that renders the person incapable of caring for or supervising the family's child(ren) without assistance. (See California Code of Regulations, Title 5, §18088.) Your cooperation in completing and returning this form to the agency listed above within 15 days of receipt is requested.

PATIENT _____ has a <input type="checkbox"/> physical condition or <input type="checkbox"/> 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. Start Date of Incapacity: _____	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).							
	Child care	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
	Start Time:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
	End Time:	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm	am/ pm
If the time of day cannot be easily identified in consultation with the patient, please identify the number of hours <input type="checkbox"/> and days of the week [M, T, W, T, F, S, S] that services are needed.								

If the parent/guardian is physically incapacitated, please identify the extent to which the parent/guardian is incapable of providing care and supervision (Indicate the restrictions preventing the parent/guardian from providing care or supervision):

NAME OF LICENSED HEALTH PROFESSIONAL	LICENSE TYPE	LICENSE NUMBER	
SIGNATURE OF LICENSED HEALTH PROFESSIONAL	DATE	TELEPHONE NUMBER ()	
MEDICAL GROUP OR ORGANIZATION WITH WHICH THE PROFESSIONAL IS AFFILIATED, IF ANY			
ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE