

# DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD

(PADRE, MADRE O CUIDADOR)

Por favor, escriba la información con letra de imprenta o a máquina.

<b>PARTE I: Para ser completada por un representante autorizado de la agencia.</b>			
<b>Instrucciones:</b> Para que el niño/a (o los niños/as) a cargo del padre, madre o cuidador/a reúnan los requisitos necesarios para recibir servicios de desarrollo infantil, el Departamento de Educación de California exige una verificación que indique que las necesidades especiales médicas o psiquiátricas del padre, madre o cuidador/a no pueden satisfacerse sin que se proporcionen servicios de desarrollo infantil.			
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O CUIDADORES		FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADORES	
El padre, madre o cuidador/a mencionado anteriormente nos ha autorizado para que nos comuniquemos con usted y realicemos dicha verificación. Su cooperación al responder las preguntas y devolver este formulario a la agencia que se menciona a continuación dentro de un plazo de dos semanas permitirá que nuestra agencia determine la elegibilidad.			
AGENCIA	REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA AGENCIA (en letra de imprenta)	NÚMERO DE TELÉFONO (      )	
DOMICILIO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	

<b>PARTE II: Para ser completada por un profesional con licencia.</b>								
NATURALEZA DE LA INCAPACIDAD						FECHAS APROXIMADAS DE LA INCAPACIDAD		
						Desde	Hasta	
¿La naturaleza de la incapacidad le impide al padre, madre o cuidador/a cuidar al niño/a sin recibir ayuda durante al menos una parte del día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CANTIDAD DE HORAS POR DÍA QUE EL NIÑO DEBE SER CUIDADO						¿Necesita ser hospitalizado en este momento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb		Dom

**COMENTARIOS (agregue otra hoja si es necesario):**

FIRMA DEL PROFESIONAL CON LICENCIA		FECHA	TELÉFONO	
TIPO DE LICENCIA O CREDENCIAL			NÚMERO DE LICENCIA O CREDENCIAL	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	