

Programa de Subsidios del Condado de San Francisco
Declaración de Incapacidad del Padre de Familia/Encargado (02/15/2017)

PARTE I – Este formulario lo tiene que completar el representante de la agencia autorizada y el padre de familia o encargado incapacitado.

Al firmar este formulario y con el propósito de verificar mi incapacidad de cuidar a los niños de la familia, tal y como se relaciona a la elegibilidad de mi familia para recibir cuidado infantil subsidiado y servicios de desarrollo, yo autorizo y le pido al profesional en la Parte II que divulgue la información solicitada por la agencia identificada abajo. Adicionalmente, autorizo al profesional en salud que discuta esta Declaración de Incapacidad con la agencia para verificar, clarificar y completar esta declaración. Yo 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 DEL PADRE DE FAMILIA/ENCARGADO	FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/ENCARGADO	FECHA
---------------------------------------	--------------------------------------	-------

PRIMER NOMBRE Y EDAD DEL/LOS NIÑO(S) POR LOS CUALES ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA ECONÓMICA PARA EL CUIDADO INFANTIL:

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

AGENCIA	REPRESENTANTE DE LA AGENCIA AUTORIZADA (Por favor escriba en letra de molde)	NÚMERO DE TELÉFONO ()
---------	---	---------------------------

DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	---------------

PART II – 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, California law requires verification, not to exceed 24 months, of the physical or mental incapacity of the parent/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 a <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.	Please indicate number of hours, not to exceed 50 hours in a week, that the patient is unable to care for or supervise the child(ren). _____
--	---

START DATE OF INCAPACITY	
--------------------------	--

If the parent/guardian has a physical/medical condition, please identify the extent to which the parent/guardian is incapable of providing care and supervision.

Is the incapacity likely to continue for 24 months or more? Yes No

If no, describe the expected duration of incapacity.

Please sign and submit this form to the agency listed in Part I within 15 days of receipt of this form.

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
---------	------	-------	----------