

Choices for Children



CALIFORNIA DEPARTMENT OF EDUCATION Child Development Incorporated
 Child Development Division
 Form CD-9606, (Revised: 02/04)

DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD (PADRE, MADRE O CUIDADOR)

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

PARTE I: Para ser completada por un representante autorizado de la agencia.			
Instrucciones: 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	

PARTE II: Para ser completada por un profesional con licencia.									
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	

[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAs): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at cmd@cde.ca.gov.]