



Disability Verification Form

I, _____, give permission to release the following information to the Early Learning Coalition of Pasco and Hernando Counties for the purpose of determining my eligibility for the School Readiness program.

Parent/Guardian Signature

Date

Parent/Guardian Printed Name

SSN (optional)

Dear Medical Provider:

The above named individual has indicated that due to an illness or injury to him/herself or due to his/her age, he or she is unable to work or engage in other activities, and School Readiness (child care) services are needed to assist him/her in caring for his/her child(ren). **If applicable, please answer the following questions to assist us in determining the applicant's eligibility.**

TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN:

The above named individual is (choose one):

Permanently disabled

Temporarily disabled Start Date: _____ End Date: _____ (required)

Does the disability or age of the above named individual prevent his/her participation in employment/training activities at this time? Yes No

Are full time child care services needed due to the illness/injury or age of the applicant? Yes No

Medical Provider's Signature: _____ Date: _____

Print Medical Provider's Name: _____ Phone Number: _____

Medical Provider's Office Address: _____



Formulario de Verificación de Discapacidad

Yo, _____, doy permiso para divulgar la siguiente información al Programa de Aprendizaje Temprano de la Coalición de los condados de Pasco y Hernando con el fin de determinar mi elegibilidad para el programa School Readiness.

Padre/Guardian Firma

Fecha

Padre/Guardian Nombre

SSN (optional)

Estimado Proveedor Médico:

La persona nombrada arriba ha indicado que debido a una enfermedad o lesión a sí mismo o debido a su edad, él o ella no puede trabajar o participar en otras actividades, y los servicios de preparación escolar (cuidado de niños) son necesarios para ayudar. él/ella en el cuidado de su(s) hijo(s). Si corresponde, responda las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar la elegibilidad del solicitante.

PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO LICENCIADO:

El individuo arriba mencionado es (elija uno):

Permanentemente discapacitado

Temporalmente discapacitado Fecha de inicio: _____ Fecha Final: _____ (required)

¿La discapacidad o la edad de la persona mencionada anteriormente impide su participación en actividades de empleo/capacitación en este momento?

Yes No

¿Se necesitan servicios de cuidado infantil a tiempo completo debido a la enfermedad/lesión o la edad del solicitante? Yes No

Firma del proveedor médico: _____ Fecha: _____

Escriba el nombre del proveedor médico: _____ Telefono: _____

Dirección de la oficina del proveedor médico: _____