



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: _____