

STATEMENT OF INCAPACITY

Please print or type information.

PARENT/APPLICANT _____

FAMILY I.D # _____

PART I – To be completed by an authorized agency representative and the parent/applicant.		
INSTRUCTIONS: In order for the child (or children) of a parent/applicant to be eligible to receive child care subsidy services, the NJ Department of Human Services requires verification that the parent/applicant has a permanent disability and cannot adequately provide care for his/her child.		
PARENT(S)/APPLICANT(S) NAME	PARENT(S)/APPLICANT(S) SIGNATURE	
PARENT(S)/APPLICANT(S) ADDRESS:		
PLEASE INDICATE THE NUMBER OF HOURS PER DAY CHILD CARE IS REQUIRED:		Is hospitalization required at this time?
MON _____ TUES _____ WED _____ THURS _____ FRI _____ SAT _____ SUN _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
The parent/applicant listed above has authorized us to contact you for such verification. Your cooperation in answering the questions and returning this form within two weeks to the agency listed below will enable our agency to establish eligibility.		
HEALTH PROFESSIONAL NAME	HEALTH PROFESSIONAL ADDRESS	
AUTHORIZED AGENCY	AUTHORIZED AGENCY REPRESENTATIVE (Please print.)	TELEPHONE NUMBER ()
SUITE ADDRESS	AUTHORIZED AGENCY REPRESENTATIVE (Signature)	AGENCY FAX
STREET ADDRESS	CITY	ZIP CODE

PART II – To be completed by a licensed professional.	
NATURE OF INCAPACITY	
Does the nature of the incapacity prevent the parent or caretaker from caring for the child without assistance?	Is the incapacity of the parent or caretaker (who is listed above) considered a Permanent Disability ?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

COMMENTS: (Attach a separate sheet, if necessary)

LICENSED HEALTH PROFESSIONAL NAME (PLEASE PRINT OR TYPE)			
LICENSED HEALTH PROFESSIONAL (SIGNATURE)	DATE	TELEPHONE	
LICENSE /CREDENTIAL TYPE		LICENSE /CREDENTIAL NUMBER	
ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE

DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD

Escriba en letra de imprenta o a máquina

PADRE/MADRE/SOLICITANTE _____ N° DE IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA _____

PARTE I: Para ser llenado por un representante autorizado de la agencia y el padre/madre/solicitante.		
INSTRUCCIONES: A fin de que el niño (o niños) de un padre/madre/solicitante sea elegible para recibir servicios del subsidio de cuidado infantil, el Departamento de Servicios Humanos de NJ requiere la verificación de que el padre/madre/solicitante tiene una incapacidad permanente y no puede proporcionar cuidado adecuadamente para su niño(a).		
NOMBRE(S) DEL(LOS) PADRE(S)/MADRE(S)/SOLICITANTE(S)		FIRMA DEL(LOS) PADRE(S)/MADRE(S)/SOLICITANTE(S)
DIRECCIÓN DEL(LOS) PADRE(S)/MADRE(S)/SOLICITANTE(S)		
POR FAVOR INDIQUE EL NÚMERO DE HORAS DIARIAS EN QUE SE REQUIERE CUIDADO INFANTIL: ¿Se requiere hospitalización en este momento?		
LUN _____ MAR _____ MIE _____ JUE _____ VIE _____ SAB _____ DOM _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
El padre/madre/solicitante indicado antes nos ha autorizado a comunicarnos con usted para llevar a cabo dicha verificación. Su cooperación al responder las preguntas y devolver este formulario en un plazo de dos semanas a la agencia indicada a continuación permitirá a nuestra agencia determinar elegibilidad.		
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	DIRECCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	
AGENCIA AUTORIZADA	REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA AGENCIA (por favor en letra de imprenta)	NÚMERO DE TELÉFONO ()
DIRECCIÓN/SUITE	REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA AGENCIA (firma)	NÚMERO DE FAX DE LA AGENCIA
DIRECCIÓN/Calle	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

PARTE II. Para ser llenada por un profesional con licencia.	
NATURALEZA DE LA INCAPACIDAD	
¿Evita la naturaleza de la incapacidad que el padre o guardián cuide al niño sin ayuda durante al menos parte del día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es considerada la incapacidad del padre o guardián (que esta listada arriba) una Incapacidad Permanente ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

COMENTARIOS (adjunte otra hoja, de ser necesario):

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA (POR FAVOR EN LETRA DE IMPRENTA O A MAQUINA)			
FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA		FECHA	TELÉFONO
TIPO DE LICENCIA O ACREDITACIÓN		NÚMERO DE LICENCIA O ACREDITACIÓN	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA AGENCIA AUTORIZADA INDICADA EN LA PARTE I