



10601 Belcher Road, South  
Largo, FL 33777 Family Services Phone: (727) 547-5700 Fax: (727) 547-2971  
Email: [family\\_services@childcarepinellas.org](mailto:family_services@childcarepinellas.org) Web Page: [www.childcarepinellas.org](http://www.childcarepinellas.org)

## Formulario de Verificación de Incapacidad/Condición Médica/Retraso de Desarrollo

### Estimado Médico:

Para que un padre/madre/encargado con una incapacidad pueda calificar para becas para el cuidado del niño, la incapacidad debe impedirle cuidar al niño(s) a tiempo completo. **Si Aplica, Por favor, responda a las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar la elegibilidad del solicitante.**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ SS #: (opcional) \_\_\_\_\_

### Elegibilidad para beca para el cuidado del niño basada en incapacidad del padre/madre/encargado:

#### Seleccione una:

- Permanentemente incapacitado.     Temporalmente incapacitado hasta aproximadamente: \_\_\_\_\_  
 No incapacitado.

#### Breve descripción de la incapacidad:

---

---

---

---

---

---

Si está incapacitado, ¿necesita el padre/madre/encargado ayuda para cuidar al niño(s) a tiempo completo?     **Yes**     **No**

En caso de Sí, explique brevemente cómo la incapacidad le impide al padre/madre/encargado cuidar al niño(s) a tiempo completo.

---

---

---

---

---

---

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre escrito del médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina del médico: \_\_\_\_\_