

**FORMULARIO DE PETICIÓN PARA NO INMUNIZAR POR MOTIVO JUSTIFICADO**

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DEL CASO	FECHA
--------------------	-----------------	-------

Todos los niños bajo su unidad de asistencia de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) que son menores de seis años de edad tienen que estar al día con sus inmunizaciones, o vacunas. Usted tiene que darnos prueba de las inmunizaciones. Si usted tiene un buen motivo para no inmunizar a su niño (o niños), no es necesario que tenga esta prueba. A esto se le llama "motivo justificado".

Anote el niño (o niños) para el cual usted pide motivo justificado:

_____	_____	_____
-------	-------	-------

**Instrucciones:** Si usted tiene una buena razón para no inmunizar a su niño (o niños), complete este formulario e indique el número que marcó con un círculo enseguida, al lado del nombre de cada niño mencionado anteriormente para el cuál esté solicitando una exención por "motivo justificado". Haga una copia del formulario para usted, y envíe por correo o entregue el formulario a su trabajador.

**Marque con un círculo el número que aplica a cada niño anotado anteriormente:**

1. Usted no cree en inmunizar a su niño (o niños).
2. El doctor dijo que su niño (o niños) no deberían ser inmunizados. Es necesario que usted nos dé una declaración de parte de la oficina del doctor.
3. Usted no pudo conseguir las inmunizaciones por problemas de transporte.
4. Usted no pudo conseguir una cita para las inmunizaciones.
5. La inmunización que necesitaba su niño (o niños) no estaba disponible.
6. El doctor no habla su idioma, o hubo otro problema de acceso a causa del idioma.
7. Usted o el niño (o niños) estuvieron enfermos y no pudieron ir al doctor.
8. Los expedientes no reflejan correctamente todas las inmunizaciones que recibió su niño (o niños), y usted está tratando de corregir los expedientes. Usted necesita mostrarnos los expedientes corregidos.
9. Usted tiene otra razón para motivo justificado, la cual es \_\_\_\_\_.

Declaro bajo pena de perjurio que la declaración (o declaraciones) anterior es cierta.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA	TELÉFONO
-------------------	-------	----------

NOMBRE DEL TRABAJADOR	FECHA	TELÉFONO
-----------------------	-------	----------