

ESTIMADO PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD:

El Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs) requiere que individuos no exentos participen en empleo, entrenamiento, o actividades educacionales por 32 ó 35 horas (para hogares de un solo padre/madre o de ambos padres, respectivamente) por semana. Los participantes de CalWORKs tienen que demostrar un “progreso satisfactorio” en sus actividades.

Pedimos su ayuda en la evaluación de este individuo al proporcionarnos con información sobre como su condición mental o física afectará su capacidad para participar en un programa de empleo/entrenamiento. Con esta información, podremos mejor asignar al participante a una actividad más apropiada. También nos ayudará a determinar si la condición del participante le permitirá participar o completar exitosamente las 32 ó 35 horas por semana de trabajo y/o los requisitos de entrenamiento.

Por favor complete la Sección 2 del formulario que se adjunta y firme (o que lo firme su representante autorizado) la parte de Certificación en la Sección 3. Por favor complete los formularios de “Capacidades físicas “ y/o “Capacidades mentales”, según sea apropiado.

Gracias por su ayuda.

NOMBRE DEL TRABAJADOR

NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJADOR

NUMERO DE FAX

PARA EL USO DEL CONDADO SOLAMENTE**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA**

CASE NAME:	CASE NUMBER:
WORKER NAME:	WORKER NUMBER:

La Sección 1 tiene que ser completada por el paciente/cliente. Las Secciones 2 y 3 tienen que ser completadas por el tipo de proveedor (o su representante autorizado) indicado abajo: *(El trabajador del Condado tiene que marcar la casilla de abajo correspondiente.)*

- Médico con licencia o psicólogo certificado.
- Profesional del cuidado de salud con licencia o certificado por el estado para diagnosticar/tratar impedimentos físicos o mentales que afecten la habilidad para trabajar o participar en actividades educacionales o de entrenamiento, incluyendo, pero no limitándose a, doctores médicos, osteopatas, quiroprácticos y psicólogos con licencia/certificados.

SECCION 1. INFORMACION DEL PACIENTE/CLIENTE Y AUTORIZACION PARA DIVULGARLA

NOMBRE DEL PACIENTE/CLIENTE (APELLIDO, NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO)	SEXO (Círculo)	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	EDAD(ES) DE(LOS) NIÑO(S) EN EL HOGAR
	M F	- . -	- . -	

Yo autorizo a _____ de _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR CLINICA O GRUPO MEDICO

para que divulgue información de mis expedientes al departamento de bienestar público del condado acerca de las condiciones marcadas en seguida:

- Condición física Condición mental Otra (Describe) _____

Yo sé que esta autorización puede ser usada para obtener información médica por el departamento de bienestar público hasta por un año. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, a excepción de información que ya ha sido divulgada al departamento de bienestar público. El departamento de bienestar público del condado necesita esta información para determinar la elegibilidad para la asistencia monetaria o estampillas para comida. También se necesita para decidir el tipo de actividades de trabajo o entrenamiento en las que puedo participar, y los servicios de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) que necesito. Esta información se mantendrá en el expediente del caso y no se divulgará sin mi firma de consentimiento al menos que la ley lo requiera y especifique o que sea permitido por ley. Yo he leído este formulario (o me lo han leído) después de que se completó. Yo sé que puedo obtener una copia de este formulario si la solicito.

FIRMA DEL PACIENTE/CLIENTE	PARENTESCO CON EL PACIENTE, SI NO ES SI MISMO	FECHA QUE FUE FIRMADO
FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, INTERPRETE, O PERSONA REPRESENTANDO AL PACIENTE/CLIENTE		FECHA QUE FUE FIRMADO

SECCION 2. DECLARACION DEL PROVEEDOR/STATEMENT OF PROVIDER

La información se necesita para evaluar la elegibilidad de la persona nombrada arriba para la asistencia pública y para determinar su actividad de trabajo. Por favor conteste las preguntas que están marcadas a continuación:

- Preguntas del 1 hasta el 5 Pregunta 6 Pregunta 7

- ¿Tiene el paciente una condición médica verificable que le limite o impida realizar ciertas tareas? SI NO
Si la respuesta es "SI", complete el resto de este formulario, y el formulario "Capacidades físicas" y/o "Capacidades mentales" (si se adjunta), tal como sea apropiado.
Si la respuesta es "NO", solamente complete la Sección "Certificación del proveedor" de cuidado de salud abajo.
- La fecha en que empezó la condición _____. La condición es Crónica Aguda, se espera que tarde hasta _____
- ¿El paciente está buscando tratamiento activamente? SI NO La fecha de la próxima cita es _____
- ¿Puede la persona trabajar? SI NO
Si la respuesta es "SI", ¿cuántas horas por día? _____
- ¿Tiene la persona algunas limitaciones que afecten sus habilidades para trabajar o participar en un programa educacional o de entrenamiento? SI NO
- Es necesario que se determine si se necesitará el cuidado de niños para permitirle que el/la padre/madre trabaje. ¿Impide la condición del paciente proveer el cuidado para los niños en el hogar? SI NO
- ¿La condición del paciente requiere que alguien esté en el hogar para cuidarlo? SI NO

SECCION 3. CERTIFICACION DEL PROVEEDOR/PROVIDER CERTIFICATION

FIRMA DEL PROVEEDOR O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PROVEEDOR	FECHA QUE FUE FIRMADO
ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE SU NOMBRE Y TITULO/ESPECIALIDAD	NUMERO DE TELEFONO ()
DIRECCION (DIRECCION PARA EL CORREO, SI ES DIFERENTE)	CIUDAD
	ESTADO CODIGO POSTAL