**Exención médica para padres de Wisconsin Shares**

**(Wisconsin Shares Parent Medical Exemption)**

La información personal que entregue puede ser utilizada para propósitos secundarios [Ley de privacidad, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Uso del formulario:** este formulario debe ser usado por grupos familiares de dos padres o de tres generaciones en los que uno de los padres tiene una discapacidad o afección médica que hace que ese padre no pueda cuidar a sus hijos y no pueda participar en una actividad aprobada según lo requiere el subsidio del cuidado infantil Wisconsin Shares. Los padres deben presentar la documentación de la discapacidad o la afección médica de parte de un médico, un médico asistente, un enfermero practicante, un psiquiatra o un psicólogo [Wis. Admin. Code DCF § 201.039(4)(a)].

Este formulario es voluntario. El médico, el médico asistente, el enfermero practicante, el psiquiatra o el psicólogo pueden presentar la información solicitada en el membrete del centro médico o mediante un correo electrónico directamente de parte del proveedor.

**Instrucciones:**

1. Use tinta azul o negra.
2. No escriba en las partes sombreadas.
3. Devuelva este formulario a su agencia local en persona, por fax o por correo postal a la dirección proporcionada en la sección de información de la agencia local. El médico, el médico asistente, el enfermero practicante, el psiquiatra o el psicólogo también pueden enviar este formulario por usted a la agencia mediante fax, correo electrónico o correo postal.

postal.

|  |  |
| --- | --- |
| **Información de la agencia local** | |
| El personal de la agencia completa esta sección | |
| Nombre de la agencia local | Número de teléfono |
| Fecha en la que se recibe este formulario completo en la agencia local | Número de fax |
| Dirección de la agencia local (calle, ciudad, código postal) | RFA/Número de caso |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información de contacto de los padres**  Complete esta información y preséntele el formulario al profesional médico que pueda comprobar su discapacidad o afección médica. Una vez que el formulario haya sido firmado por el profesional de la atención médica, devuélvalo a su agencia local. | | | | |
| Nombre del padre | | Fecha de nacimiento | Número de teléfono | |
| Dirección particular | | | | |
| Ciudad | Estado | | Código postal | |
| **Sección médica** | | | | |
| El practicante completa la información médica que se solicita debajo. | | | | |
| \*Todos los padres deben participar en una actividad aprobada para recibir subsidios de cuidado infantil. Actividad aprobada significa un empleo, educación y otras actividades que implicarán trabajo. | | | | |
| **Este padre no puede (marque todas las que correspondan):**  Cuidar a sus hijos  Participar en una actividad aprobada\*  **La afección es:**  Permanente  Temporal | | | | |
| **Si es temporal, ingrese el período en el que se espera que el padre no pueda participar en una actividad aprobada ni cuidar a sus hijos.** | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Fecha de inicio | Fecha de finalización | | | | | |
| **Afección médica comprobada por:** | | | | |
| –Nombre del proveedor de atención médica (en letra imprenta) | | | | |
| Dirección del proveedor de atención médica | | | | |
| Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Formación:  Doctor en medicina  Enfermero practicante  Psicólogo autorizado  Médico asistente  Psiquiatra autorizado  Otro. Especifique: | | | | |
| Nota/comentario | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del practicante | Fecha de firma |