

**HOJA DE CÁLCULO PARA LA GUARDERÍA DE KRC
CONFIDENCIAL (SOLO PARA USO DE KRC)**

Coordinador de servicios: _____ Extensión telefónica: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ UCI: _____

Diagnosis: Discapacidad intelectual: Leve Moderado Grave Profundo Autismo CP Epilepsia

Nivel Límite Intelectual de Funcionamiento / 5ta Categoría Elegibilidad provisional (edades 3-4 años)

FCPP Evaluación: Si _____ (En caso afirmativo, monto del copago) No disponible

Tiene Medí-Cal: Sí: No: **IHSS:** Sí: No: (En caso afirmativo, número de horas) _____

DATOS PERSONALES DE LOS PADRES

	(Un círculo) Padre o padrastro o pareja	(Un círculo) Madre o madrastra o pareja
Horario de trabajo		
Posición / Ocupación		
Empleador		
Dirección		
Ciudad		
Teléfono		
Salarios		
Otros ingresos/ (describa)		

Número total de miembros de la familia, incluido el cliente _____

Número de horas solicitadas para la guardería _____

Cantidad que se está pagando por la guardería _____

Proveedor de guardería _____

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA LA SOLICITUD DE GUARDERÍA:

Aprobado por:

Tasa de reembolso de guardería:

Fecha de aprobación: