



طلب متوسط رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
Special Needs Child Care Rate Request

اسم الطفل (كتابة)	تاريخ ميلاد الطفل	
اسم ولي الأمر (كتابة)	رقم تعريف العميل	
اسم مقدم رعاية الطفل (كتابة)	رقم SSPS لمقدم الرعاية	رقم الهاتف
يعاني الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بوجه عام من تحديات جسدية أو عاطفية أو عقلية تحد من نشاطهم أو أنشطة أكثر من أنشطة الحياة الرئيسية. وأنشطة الحياة الرئيسية تعني الأنشطة التي مثل التنفس والسمع والرؤية والتحدث والمشي واستخدام الأذرع واليدين والتعلم واللعب. ثم ضع قائمة بتشخيص الصحة الطبية و / أو العقلية إذا كان متوفرًا.		

يرجى إرفاق المستندات التي تدعم خطورة حالة الطفل ومستوى الرعاية المطلوبة في بيئة رعاية الطفل.
يجب أن تكون المستندات من:

فرد لا يعمل في دار رعاية الأطفال، ولا قريب لأسرة الطفل؛ و
أخصائي الصحة أو الصحة النفسية أو التعليم أو الخدمة الاجتماعية حاصل على درجة الماجستير على الأقل أو ممرضة مسجلة.
أمثلة على المستندات الداعمة التي يمكن قبولها هي:

خطة التأهيل الفردي (IHP)، خطة التعليم الفردي (IEP) خطة خدمة الأسرة الفردية (IFSP)، السجلات الصحية، تقييمات الصحة النفسية.

احتياجات الطفل

ليتم استكمالها من قبل مقدم الرعاية:

يرجى استخدام هذا المكان لوصف الاحتياجات الخاصة لهذا الطفل وكيف ستدعمه. كما يرجى استخدام أمثلة محددة.
أدرج أي مهام ستؤديها والتي تتطلب رعاية إضافية بدرجة تفوق أو تتجاوز ما تفعله لطفل عادي من نفس العمر في رعايتك.

اسم ولي الأمر:	اسم الطفل:	رقم تعريف العميل:
طلب متوسط رعاية الطفل		
<p>ما هو معدل رعاية الطفل الذي تطلبه بالإضافة إلى المعدل العادي؟</p> <p><input type="checkbox"/> لكل ساعة <input type="checkbox"/> يوميًا <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> شهريًا</p> <p>يرجى ملاحظة ما يلي: تُحول إدارة شؤون الأطفال والشباب والأسر (DCYF) جميع معدلات الدفع من المستوى 2 لذوي الاحتياجات الخاصة إلى أجر بالساعة والذي يخضع لحدود أقصى سعر الموضح في WACs 110-15-0225 و 110-15-0230 و 110-15-0235</p> <p>ما نوع مقدم رعاية الطفل الذي تتعامل معه؟</p> <p><input type="checkbox"/> العائلة والأصدقاء والجيران (FFN) <input type="checkbox"/> منزل عائلي مرخص له (LFH) <input type="checkbox"/> مركز مرخص له</p> <p>هل سيتم تخصيص شخص ما لتقديم الرعاية لهذا الطفل وجهًا لوجه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة "نعم"، فاكتب اسم الشخص الذي يقدم الرعاية وجهًا لوجه</p>		

بالتوقيع على هذا النموذج، أقرّ بطلبي للحصول على متوسط الاحتياجات الخاصة:

توقيع ولي الأمر	التاريخ
-----------------	---------

توقيع مقدم رعاية الطفل	التاريخ
------------------------	---------

الهاتف: 844-626-8687 الفاكس: 1-877-309-9747	Child Care Subsidy Contact Center Department of Children, Youth, and Families P.O. Box 11346 Tacoma WA 98411-9903
--	--

قد تقدم الوكالات التالية معلومات حول الموارد لك ولطفلك:

إدارة خدمات المسنين وذوي الإعاقة، <http://www.aasa.dshs.wa.gov>، 1-800-422-3263
مؤسسة رعاية ذوي الإعاقة بواشنطن، من ولي أمر إلى آخر، <http://www.arcwa.org>، 1-888-754-8798
خدمات التدخل المبكر، ولادة ثلاثة أطفال، www.withinreachwa.org، 1-800-322-2588
وكالة التوعية برعاية الطفل بواشنطن، <http://wa.childcareaware.org>، 1-800-446-1114
خدمات التعليم الخاص، نظام المدارس العامة