



特殊需求托儿服务费率申请 Special Needs Child Care Rate Request

儿童的姓名（工整填写）	儿童出生日期	
家长的姓名（工整填写）	个案当事人识别号码	
托儿服务提供者的姓名（工整填写）	服务提供者 SSPS 号码	电话号码
<p>有特殊需求的儿童通常有身体、情感或心理方面的问题，并限制其一项或多项主要的生活活动。主要的生活活动包括呼吸、听、看、说、走、用胳膊和手、学习和玩耍。列出相关的医疗和/或心理健康诊断（如有）。</p>		

请附上文件来证明儿童状况的严重性及在托儿机构中所需的照护水平。

文件必须来自：

未受雇于托儿机构的个人，或儿童家庭的亲属；和

至少有硕士学位或注册护士资质的卫生、心理健康、教育或社会服务专业人士。

可接受的证明文件的例子包括：

个人康复计划(IHP)，个人教育计划(IEP)，个人家庭服务计划(IFSP)，健康记录，心理健康评估。

儿童需求

由服务提供者填写：

请使用此空间来描述该名儿童的特殊需求以及您将如何支持他们。请使用具体例子。

包括您将要执行的任何需要额外照顾的任务，而这些任务超出了您对同龄儿童的照顾范围。

家长姓名:	儿童姓名:	当事人身份识别号码:
托儿服务费率申请		
<p>您申请的除基本费率之外的托儿费率是多少？</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 每小时 <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月</p> <p><i>请注意: DCYF 根据 WAC 110-15-0225、110-15-0230 和 110-15-0235 中列出的最高费率限制, 将所有 2 级特殊需求支付费率转换为小时费率</i></p> <p>您是哪种类型的托儿服务提供者？</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 家人、朋友和邻居(FFN) <input type="checkbox"/> 持照家庭之家(LFH) <input type="checkbox"/> 持照中心</p> <p>是否有人专门一对一地照顾该名儿童？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果是, 请列出提供一对一照顾的人士的姓名:</p>		

签署此表格, 即表示本人确认申请特殊需求费率:

家长签名	日期
------	----

托儿服务提供者签名	日期
-----------	----

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

以下机构可为您和您的儿童提供资源信息:

耆英与残障人士服务管理处, <http://www.aasa.dshs.wa.gov>, 1-800-422-3263
 The Arc of WA, Parent to Parent, <http://www.arcwa.org>, 1-888-754-8798
 Early Intervention Services, Birth to Three www.withinreachwa.org 1-800-322-2588
 Child Care Aware of Washington, <http://wa.childcareaware.org/> 1-800-446-1114
 Special Education Services, Public School System