

درخواست نرخ مراقبت از کودک دارای نیازهای ویژه
Special Needs Child Care Rate Request

نام کودک (با حروف بزرگ)		تاریخ تولد کودک
نام والد (با حروف بزرگ)		شماره شناسایی مشتری
نام ارائه‌دهنده مراقبت از فرزند (با حروف بزرگ)		شماره SSPS ارائه‌دهنده شماره تلفن
<p>کودکان دارای نیازهای ویژه عموماً دارای چالش‌های فیزیکی، عاطفی یا ذهنی هستند که یک یا چند فعالیت اصلی زندگی را محدود می‌کند. فعالیت‌های اصلی زندگی به این فعالیت‌ها گفته می‌شود: تنفس، شنوایی، دیدن، صحبت کردن، راه رفتن، استفاده از بازوها و دست‌ها، یادگیری و بازی کردن. در صورت وجود، فهرست تشخیص سلامت پزشکی و/یا روانی مرتبط را ذکر کنید.</p>		

لطفاً اسناد تأییدکننده شدت بیماری و میزان مراقبت موردنیاز در شرایط مراقبت از کودک را پیوست کنید.

مدارک باید از طرف این افراد باشد:

فردی که تحت استخدام مرکز مراقبت از کودک یا اقوام خانواده کودک نباشد؛ و

یک متخصص سلامت، سلامت روان، آموزش یا خدمات اجتماعی با حداقل مدرک ارشد یا یک پرستار رسمی.

نمونه‌هایی از مدارک پشتیبانی‌کننده که ممکن است پذیرفته شود:

طرح بازپروری فردی (IHP)، طرح آموزش فردی (IEP)، طرح خدمات خانواده فردی (IFSP)، سوابق سلامت، ارزیابی‌های سلامت روان.

نیازهای کودک

توسط ارائه‌دهنده تکمیل شود:

لطفاً از این فضا برای توصیف نیازهای ویژه این کودک و نحوه پشتیبانی شما از آن‌ها استفاده نمایید. لطفاً از مثال‌های خاص استفاده کنید.

مراقبت از کودک معمولی همسن کودکی که تحت مراقبت دارید را در نظر بگیرید، کارهایی را که انجام خواهید داد و نیازمند مراقبت بیشتر نسبت به آن کودک است را نام ببرید.

نام والد:	نام کودک:	شناسه مشتری:
درخواست نرخ مراقبت از کودک		
<p>نرخ مراقبت از کودک که علاوه بر نرخ معمول درخواست دارید به چه چیزی گفته می‌شود؟</p> <p>ساعتی <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/></p> <p>لطفاً توجه داشته باشید: DCYF تمام نرخ‌های پرداخت نیازهای ویژه سطح 2 را منوط به محدودیت‌های حداکثر نرخ مندرج در WAC شماره 110-15-0225، شماره 110-15-0230 و 110-15-0235 به نرخ ساعتی تبدیل می‌کند</p> <p>شما چه نوع ارائه‌دهنده مراقبت از کودک هستید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خانواده، دوستان، و همسایه‌ها (FFN) <input type="checkbox"/> مرکز خانوادگی مجاز (LFH) <input type="checkbox"/> مرکز مجاز</p> <p>آیا فردی متعهد به ارائه خدمات یک به یک به این کودک خواهد بود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>در صورت انتخاب بله، نام فرد ارائه‌دهنده مراقبت یک به یک:</p>		

با امضای این فرم، درخواست خود مبنی بر نرخ نیازهای ویژه را تأیید می‌کنم:

امضای والد	تاریخ
------------	-------

امضای ارائه‌دهنده مراقبت از کودک	تاریخ
----------------------------------	-------

ممکن است سازمان‌های زیر اطلاعاتی در رابطه با منابع برای شما و فرزندتان ارائه دهند:

Aging and Disability Services Administration, <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

خدمات آموزش ویژه، سیستم مدرسه دولتی