

Тусгай хэрэгцээ шаардах хүүхэд харах үйлчилгээний үнийн хүсэлт Special Needs Child Care Rate Request

Хүүхдийн нэр (гаргацтай том үсгээр бичих)	Хүүхдийн төрсөн огноо	
Эцэг, эхийн нэр (гаргацтай том үсгээр бичих)	Үйлчлүүлэгчийн ID #	
Хүүхэд харах үйлчилгээ үзүүлэгчийн нэр (гаргацтай том үсгээр бичих)	Үйлчилгээ үзүүлэгчийн SSPS#	Утасны #
Тусгай хэрэгцээ шаардах хүүхдүүд нь ихэвчлэн амьдралын нэг эсвэл түүнээс дээш үндсэн үйл ажиллагааг нь хязгаарлах бие бялдар, сэтгэл хөдлөл эсвэл оюун санааны бэрхшээлтэй байдаг. Амьдралын үндсэн үйл ажиллагаа гэдэг нь амьсгалах, сонсох, харах, ярих, алхах, гар сарвуугаа ашиглах, суралцах, тоглох гэх зэргийн үйлсийг хэлнэ. Боломжтой бол, эрүүл мэнд ба/эсвэл сэтгэцийн эрүүл мэндийн оношийг нь жагсаан бичнэ үү.		

Хүүхдийн биеийн байдлын зэрэглэл ба хүүхэд харах үйлчилгээний орчинд шаардлагатай халамжийн түвшинг батлах баримт бичгийг хавсаргана уу.

Баримт бичгийг дараах этгээд гаргасан байх шаардлагатай:

Тухайн хүүхэд харах үйлчилгээний байгууллагад ажилладаггүй бөгөөд хүүхдийн гэр бүлийн хамаатан садан биш хүн; мөн Магистр болон түүнээс дээш зэрэгтэй эрүүл мэнд, сэтгэцийн эрүүл мэнд, боловсрол, нийгмийн үйлчилгээний мэргэжилтэн эсвэл бүртгэлтэй сувилагч.

Хүлээн зөвшөөрөгдөж болох батлах баримт бичгийн жишээнүүд:

Хувь хүнийг чадваржуулах төлөвлөгөө (IHP), Хувь хүний боловсролын төлөвлөгөө (IEP), Гэр бүлийн ганцаарчилсан үйлчилгээний төлөвлөгөө (IFSP), эрүүл мэндийн бүртгэл, сэтгэцийн эрүүл мэндийн үнэлгээ.

Хүүхдийн хэрэгцээ шаардлага

Үйлчилгээ үзүүлэгч бөглөнө:

Уг хүүхдийн өвөрмөц хэрэгцээ шаардлага ба тэдгээрийг хэрхэн дэмжиж ажиллах тухайгаа энэ зайд бичиж тайлбарлана уу. Тодорхой жишээ ашиглана уу.

Таны хариуцан харж буй ижил насны энгийн хүүхдэд тавьдаг анхаарал халамжаас илүү нэмэлт халамж шаардах аливаа үйл ажиллагааг гүйцэтгэх бол тэдгээрийг оруулна уу.

Эцэг, эхийн нэр:	Хүүхдийн нэр:	Үйлчлүүлэгчийн ID:
Хүүхэд харах үйлчилгээний үнийн хүсэлт		
Та ердийн үнээс гадна нэмэлтээр хүүхэд харах үйлчилгээний ямар үнэ хүсэж байна вэ? ☐ Цагийн ☐ Өдрийн ☐ Долоо хоногийн ☐ Сарын Анхаарна уу: DCYF нь бүх 2-р түвшний тусгай хэрэгцээний төлбөрийн хэмжээг WAC 110-15-0225, 110-15-0230, болон 110-15-0235-д заасан дээд хэмжээний хязгаарын дагуу <u>цагийн</u> төлбөр болгон хөрвүүлдэг. Та ямар төрлийн хүүхэд харах үйлчилгээ үзүүлэгч вэ? ☐ Гэр бүл, найз нөхөд ба хөрш (FFN) ☐ Тусгай зөвшөөрөлтэй гэр бүлийн хүүхэд харах үйлчилгээ (LFH) ☐ Тусгай зөвшөөрөлтэй төв Уг хүүхдэд тусгайлан зориулж ганцаарчилсан халамж үйлчилгээ үзүүлэх хүн байх уу? ☐ Тийм ☐ Үгүй Хэрэв тийм бол, ганцаарчилсан халамж үзүүлэх хүний нэр:		

Уг маягтад гарын үсэг зурснаар би тусгай хэрэгцээний тарифын хүсэлт гаргаснаа баталгаажуулж байна:

Эцэг, эхийн гарын үсэг	Огноо
Хүүхэд харах үйлчилгээ үзүүлэгчийн гарын үсэг	Огноо

Утас: 844-626-8687
Факс: 1-877-309-9747

Child Care Subsidy Contact Center
Department of Children, Youth, and Families
P.O. Box 11346
Tacoma WA 98411-9903

Дараах байгууллагууд танд ба таны хүүхдэд шаардлагатай мэдээллийн эх сурвалжийг олгож болно:

Өндөр настан ба хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн үйлчилгээний захиргаа, <http://www.aasa.dshs.wa.gov>, 1-800-422-3263

Вашингтон мужийн Арк, Эцэг эхээс эцэг эхэд, <http://www.arcwa.org>, 1-888-754-8798

Эрт үеийн интервенцийн үйлчилгээ, Төрснөөс гурван нас хүртэлх www.withinreachwa.org 1-800-322-2588

Вашингтон мужийн хүүхэд харах үйлчилгээний мэдээллийн төв, <http://wa.childcareaware.org/> 1-800-446-1114

Тусгай боловсролын үйлчилгээ, Улсын сургуулийн тогтолцоо