



## درخواست میزان مراقبت از طفل دارای نیازمندیهای خاص Special Needs Child Care Rate Request

نام طفل (با حروف کلان و خوانا نوشته شود)		تاریخ تولد طفل
نام والد (با حروف کلان و خوانا نوشته شود)		آیدی نمبر مراجعه کننده
نام ارائه کننده مراقبت از طفل (با حروف کلان و خوانا نوشته شود)		نمبر ارائه کننده نمبر تلفون
اطفال با نیازمندیهای خاص، معمولاً چالش های جسمی، عاطفی یا روانی دارند که این چالش ها یک یا چند فعالیت عمده زندگی روزانه آنها را محدود میسازد. فعالیت های عمده زندگی شامل مواردی مثل تنفس کردن، شنیدن، دیدن، صحبت کردن، راه رفتن، استفاده از بازوها و دستها، تعلیم و ساعت تیری میباشد. در صورت وجود این چالش ها، تشخیص های طبی و/یا صحت روانی مربوطه را ذکر نمایید.		

**لطفا اسنادی را برای تصدیق شدت وضعیت طفل و سطح مراقبت مورد نیاز در محیط مراقبت از طفل، ضمیمه کنید.**  
مستندات باید از طرف:

یک شخصی باشد که توسط مرکز مراقبت از طفل استخدام نشده باشد و از اقارب فامیل طفل نباشد؛ و  
یک متخصص صحت، صحت روانی، تعلیم و تربیه، یا خدمات اجتماعی باشد که دارای حداقل مدرک ماستری یا یک نرس تصدیق شده باشد.  
نمونه هایی از مستندات حمایتی که ممکن است قبول شود:  
پلان توانبخشی شخصی (IHP)، پلان تعلیم فردی (IEP)، پلان خدمات فردی خانواده (IFSP)، ریکاردهای صحتی و ارزیابی های صحت روانی.

### نیازمندی های طفل

توسط ارائه دهنده تکمیل شود:

لطفا در قسمت ذیل نیازمندی های خاص این طفل و نحوه تصدیق آنها را تشریح کنید. لطفا از مثالهای مشخص و واضح استفاده کنید.  
تمامی وظایفی را که ضرورت به مراقبت اضافی فوق الذکر و بیشتر از کاری که برای یک طفل معمولی در همین سن و سال انجام میدهد در مراقبت های خود شامل بسازید.

نام والد:	نام طفل:	آیدی مراجعه کننده:
-----------	----------	--------------------

**درخواست میزان مراقبت از طفل**

علاوه بر مقدار مراقبت عادی، شما چه میزان مراقبت از طفل را، درخواست میکنید؟

ساعتوار  روزانه  هفته وار  ماهوار

لطفا به یاد داشته باشید: DCYF کلیه میبالغ پرداخت نیازمندیهای خاص سطح 2 را به مبلغ ساعتوار و با حداکثر محدودیت نرخ مشخص شده در WAC های 110-15-0225، 110-15-0230، و 110-15-0235 تبدیل میکنند.

شما چه نوع ارائه دهنده مراقبت از طفل هستید؟

خانواده، دوستان و همسایه ها (FFN)  خانه فامیل تصدیق شده (LFH)  مرکز تصدیق شده

آیا یک کسی بطور انفرادی برای مراقبت از این طفل موظف شود؟ بله  خیر

اگر بله، نام شخص مراقبت کننده مورد نظر را ذکر کنید:

با امضای این فرم، من درخواست خود را برای میزان نیازمندی های خاص تأیید میکنم:

امضاء والدین	تاریخ
--------------	-------

امضاء ارائه دهنده مراقبت از طفل	تاریخ
---------------------------------	-------

نمایندگی های ذیل ممکن است منابع معلوماتی را برای شما و طفل شما ارائه کند:

اداره خدمات کهنسالی و معلولیت (Aging and Disability Services Administration) ، <http://www.aasa.dshs.wa.gov> ، 1-800-422-3263  
 آرک او WA، والدین به والدین (The Arc of WA, Parent to Parent) ، <http://www.arcwa.org> ، 1-888-754-8798  
 خدمات مداخله زود هنگام، برت تو تری (Early Intervention Services, Birth to Three) ، [www.withinreachwa.org](http://www.withinreachwa.org) ، 1-800-322-2588  
 مراقبت از طفل آگاه واشنگتن (Child Care Aware of Washington) ، <http://wa.childcareaware.org> ، 1-800-446-1114  
 خدمات تعلیمات خاص، سیستم مکاتب دولتی (Special Education Services, Public School System)