

## 특별보호대상 아동 돌봄 평가 요청 Special Needs Child Care Rate Request

아동 이름(정자체)	아동 생년월일	
부모 이름(정자체)	수혜자 ID #	
아동 돌봄 제공자 이름(정자체)	제공자 SSPS#	전화번호 #
<p>특별보호대상 아동은 일반적으로 한 가지 이상의 주요 생활 활동을 제한하는 신체적, 정서적, 정신적 어려움이 있는 아동입니다. 주요 생활 활동이란 숨쉬기, 듣기, 보기, 말하기, 걷기, 팔과 손 사용하기, 학습 및 놀이 등을 뜻합니다. <b>의학 및/또는 정신건강 진단명이 있는 경우, 이를 나열해주시요.</b></p>		

**아동의 질환 심각도와 아동 돌봄 환경에 필요한 돌봄 수준을 증명하는 서류를 첨부해주시요.**

다음에 해당하는 사람이 제공한 서류여야 합니다:

아동 돌봄 시설에 고용되거나 아동의 가족 친지가 아닌 개인

석사 이상의 학위를 소지하고 있거나 공인 간호사에 해당하는 보건, 정신건강, 교육, 사회 서비스 전문가.

접수 가능한 증명 서류 예시는 다음과 같습니다:

개인 주거 계획(Individual Habilitation Plan, IHP), 개인 교육 계획(Individual Education Plan, IEP) 개인 가족 서비스 계획(Individual Family Service Plan, IFSP), 보건 기록, 정신건강 평가.

### 서비스 제공자가 지원할

**아동 요구사항:**

이 공간을 이용하여 아동의 구체적인 요구사항과 귀하의 지원 방법을 설명해주시요. 구체적인 예시를 이용해주시요. 귀하께서 수행하실 추가적인 돌봄이 필요한 작업과 함께 같은 연령의 아동에게 일반적으로 제공하는 돌봄을 포함해주시요.

부모 이름:	아동 이름:	수혜자 ID:
--------	--------	---------

**아동 돌봄 평가 요청**

일반 요금에 추가로 어떤 아동 돌봄 요금 평가를 요청하십니까?

시간  일  주  월

*주의사항: DCYF 는 WACs 110-15-0225, 110-15-0230, 및 110-15-0235 에 설명된 최대 요금 한도에 따라 모든 레벨 2 특별보호 지급율을 시간 요금으로 전환합니다.*

귀하는 어떤 유형의 아동 돌봄 제공자입니까?

가족, 친구 및 이웃(FFN)  공인 패밀리홈(LFH)  공인 센터

이 아동을 일대일로 전달하여 돌볼 사람이 있습니까?  예  아니오

예라고 답변하셨다면, 일대일 돌봄을 제공할 사람의 이름을 적어주십시오:

본 양식에 서명함으로써 특별보호 평가 요청을 인정합니다:

부모 서명	날짜
-------	----

아동 돌봄 제공자 서명	날짜
--------------	----

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

다음 기관이 귀하와 귀하의 자녀에 대한 정보를 제공해드릴 수 있습니다:  
 Aging and Disability Services Administration (노인장애서비스 행정국), <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(조기개입서비스), Birth to Three [www.withinreachwa.org](http://www.withinreachwa.org) 1-800-322-2588  
 Child Care Aware of Washington(워싱턴주 아동 돌봄 인식), <http://wa.childcareaware.org/> 1-800-446-1114  
 특수교육 서비스, 공립학교제도