



Запрос о тарифах по уходу за детьми с особыми потребностями Special Needs Child Care Rate Request

Имя и фамилия ребенка (печатными буквами)	Дата рождения ребенка	
Имя и фамилия родителя (печатными буквами)	Идентификационный номер клиента	
Имя и фамилия лица, предоставляющего услуги ухода за ребенком (печатными буквами)	Номер SSPS поставщика услуг	Телефон
<p>Дети с особыми потребностями часто сталкиваются с физическими, эмоциональными или ментальными преградами/трудностями, которые ограничивают способности ребенка к выполнению одной или нескольких основных жизненных функций. Под основными жизненными функциями понимают такие как дыхание, способность слышать, способность видеть, способность говорить, способность ходить, способность пользоваться руками, способность учиться и играть. Перечислите имеющиеся соответствующие медицинские или психиатрические диагнозы, если это применимо.</p>		

Приложите документацию, подтверждающую тяжесть имеющегося у ребенка заболевания/состояния здоровья и требуемый объем ухода в учреждении по уходу за детьми.

Документация должна исходить от:

Лица, не являющегося работником учреждения по уходу за детьми, а также не состоящего в родственных отношениях с семьей ребенка; и

Профессионального работника из сферы медицины, охраны психического здоровья или оказания социальных услуг с ученой степенью не ниже магистра, или же от зарегистрированной медицинской сестры.

Примеры приемлемой подтверждающей документации:

Индивидуальный адаптационный план (IHP), индивидуальный план обучения (IEP), индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP), медицинские записи, оценка состояния психического здоровья.

Потребности ребенка

Заполняется поставщиком услуг:

Опишите в этом поле особые потребности ребенка и то, как вы будете обеспечивать их удовлетворение. Просим вас привести конкретные примеры. Опишите любые задачи, требующие дополнительного внимания сверх того, которое вы уделяете обычным детям того же возраста, которым вы предоставляете уход.

Имя и фамилия родителя:	Имя и фамилия ребенка:	ID клиента:
-------------------------	------------------------	-------------

Запрос о тарифах по уходу за детьми

Какой тариф по уходу за этим ребенком вы запрашиваете в дополнение к обычному тарифу?

- В час В день В неделю В месяц

Примечание: DCYF конвертирует все тарифы 2-го уровня для оплаты особых потребностей в почасовой тариф, в отношении которого действуют ограничения на максимальную сумму согласно разделам WAC 110-15-0225, 110-15-0230 и 110-15-0235

К какой категории поставщиков услуг по уходу за детьми вы принадлежите?

- Член семьи, друг или сосед (FFN) Лицензированный семейный дом (LFH) Лицензированный центр

Будет ли назначено лицо, обеспечивающее индивидуальный уход за ребенком? Да Нет

Если да, то назовите имя и фамилию лица, обеспечивающего индивидуальный уход:

Подписав эту форму, я подтверждаю свой запрос тарифов по уходу за детьми с особыми потребностями:

Подпись родителя	Дата
------------------	------

Подпись поставщика услуг по уходу за ребенком	Дата
---	------

Следующие организации могут предоставить ресурсы для вас и вашего ребенка:

Администрация по вопросам обслуживания пожилых лиц и инвалидов, <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

Программа ранней коррекции развития детей в возрасте от одного до трех лет www.withinreachwa.org 1-800-322-2588

Child Care Aware of Washington, <http://wa.childcareaware.org/> 1-800-446-1114

Услуги специального обучения, Система государственных школ