



## Solicitud de tarifa para cuidado de niños con necesidades especiales Special Needs Child Care Rate Request

Nombre del niño (en letra de molde)	Fecha de nacimiento del niño	
Nombre del padre/madre (en letra de molde)	N.º de ID del cliente	
Nombre del proveedor de cuidado de niños (en letra de molde)	N.º de SSPS del proveedor	Teléfono
<p>Los niños con necesidades especiales generalmente tienen limitaciones físicas, emocionales o mentales que restringen una o más de las principales actividades cotidianas. Las principales actividades cotidianas son cosas tales como respirar, oír, ver, hablar, caminar, usar los brazos y las manos, aprender y jugar. <b>Escriba los diagnósticos médicos o de salud mental pertinentes, si los tiene.</b></p>		

**Adjunte documentos que sustenten la gravedad del trastorno del niño y el nivel de atención que necesita en un entorno de cuidado de niños.**

Los documentos deben provenir de:

Una persona que no sea empleado de la institución de cuidado de niños, ni un pariente de la familia del niño; y

Un profesional de la salud, la salud mental, la educación o los servicios sociales que tenga al menos un grado de maestría, o un enfermero registrado.

Algunos ejemplos de documentos de sustento que pueden aceptarse son:

Plan de habilitación individual (IHP, por sus siglas en inglés), Plan educativo individual (IEP, por sus siglas en inglés), Plan de servicios individual para la familia (IFSP, por sus siglas en inglés), registros médicos, evaluaciones de salud mental.

### Necesidades del niño

**Debe ser llenado por el proveedor:**

Use este espacio para describir las necesidades específicas del niño y cómo las apoyará. Use ejemplos específicos.

Incluya todas las tareas que usted desempeñará y que requieren atención adicional a la que le prestaría a un niño típico de la misma edad bajo su cuidado.

Nombre del padre/madre:	Nombre del niño:	ID del cliente:
-------------------------	------------------	-----------------

**Solicitud de tarifa para cuidado de niños**

¿Cuál es la tarifa de cuidado de niños que solicita, adicional a la tarifa regular?

- Por hora     Por día     Por semana     Por mes

*Recuerde: El DCYF convierte todas las tarifas de pago de necesidades especiales de nivel 2 en una tarifa por hora sujeta a los límites de tarifa máxima especificados en los WAC 110-15-0225, 110-15-0230 y 110-15-0235.*

¿Qué tipo de proveedor de cuidado de niños es usted?

- Familiares, Amigos y Vecinos (FFN)     Hogar Familiar Acreditado (LFH)     Centro acreditado

¿Alguien estará dedicado a brindar cuidado personalizado a este niño?     Sí     No

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona que prestará cuidado personalizado:

**Al firmar este formulario ratifico mi solicitud de una tarifa de necesidades especiales:**

<b>Firma del padre/madre</b>	<b>Fecha</b>
------------------------------	--------------

<b>Firma del proveedor de cuidado de niños:</b>	<b>Fecha</b>
-------------------------------------------------	--------------

**Las siguientes agencias pueden proporcionarle información sobre recursos para usted y su hijo:**

Administración de Servicios para la Tercera Edad y la Discapacidad, <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

Servicios de Intervención Temprana, del nacimiento a los tres años [www.withinreachwa.org](http://www.withinreachwa.org) 1-800-322-2588

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

Servicios de Educación Especial, Sistema de Escuelas Públicas