THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
INITIAL VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT COVER LETTER

برنامج التعليم المبكر والرعاية
رعاية الأطفال المدعمة
خطاب التحقق الأولي من الإعاقة/ الاحتياجات الخاصة لدى ولي الأمر

لأغراض معلوماتية فقط -يُرجى عدم تعبئة النموذج المُترجم

السيد ولي الأمر،
تحية طيبة وبعد،

إدارة التعليم المبكر والرعاية (EEC) هي الوكالة الرائدة في الولاية المسئولة عن إدارة صندوق تنمية رعاية الأطفال (CCDF)، وهو منحة فيدرالية تقدم مساعدات مالية للأسر العاملة محدودة الدخل التي تريد الحصول على برامج تعليمية عالية الجودة وبرامج رعاية أطفال عالية الجودة خارج المدرسة في ولاية ماساتشوستس. حددت قوانين ولوائح ولاية ماساتشوستس والقوانين واللوائح الفيدرالية الحدود القصوى لدخل الأسرة؛ كما حددت الأنشطة المعتمدة لأولياء الأمور، التي تشمل العمل أو المشاركة في برنامج تعليمي أو تدريبي، التي تؤسس الحاجة إلى الخدمة.[1]

قد يتم تقديم مساعدات مالية لرعاية الأطفال للأسر الساكنة في ولاية ماساتشوستس التي تستوفي معايير الأهلية للدخل التي وضعتها الإدارة، وتثبت مشاركتها في نشاط خدمي ، مثل العمل والتعلم والتدريب أو أي مما سبق. لقد تم منحك فترة أهلية أولية لمدة 12 أسبوعًا لإثبات أنك تستوفي معايير الدخل والحاجة إلى الخدمة التي تحتاجها EEC. لقد ذكرت في فترة الأهلية الأولية أنك لا تعمل حاليًا ولا تبحث عن عمل أو تشارك في برنامج تعليمي أو تدريبي، وأنك غير قادر على القيام بذلك بسبب إعاقة/ احتياجات خاصة.

مرفق نموذج التحقق من الإعاقة/ الاحتياجات الخاصة لدى ولي الأمر. إذا كنت تطلب اعتماد حاجتك الخدمة بناءً على إعاقتك/ احتياجاتك الخاصة، يجب أن تكون هناك إعاقة / حاجة خاصة موثقة تعاني منها، ويجب أن يقوم طبيب الرعاية الصحية المناسب بتعبئة نموذج التحقق المرفق وتقديم خطاب تكميلي يتناول جميع النقاط المدرجة في السؤال رقم 9. يجب إعادة هذا النموذج إلى:

وحدة المساعدات المالية
إدارة التعليم المبكر والرعاية
50 شارع الحليب، الدور الرابع عشر
بوسطن، ماساتشوستس، ص.ب.: 02109
أو عبر الفاكس على الرقم 617-988-2451

يجب أن تتلقى الإدارة نموذج التحقق والخطاب التكميلي في غضون شهر واحد من تاريخ بدء فترة الأهلية الأولية البالغة 12 أسبوعًا. بمجرد استلام الإدارة هذين المستندين، سيتم مراجعتهما وسيتم تحديد أهليتك. سوف تؤكد الإدارة أهليتك في مواصلة تلقي خدمة رعاية الأطفال بناءً على الإعاقة/ الاحتياجات الخاصة أو رفض تقديمها 4 اسابيع قبل انتهاء فترة الأهلية الأولية الحالية البالغة 12 أسبوعًا .

إذا وافقت الإدارة على تقديم الخدمة لك لمدة 12 شهرًا، يجب عليك العودة إلى مسئول الدعم ليصدر لك بيان جديد بفترة الأهلية. إذا لم توافق الإدارة على منحك فترة الأهلية الكاملة، سوف ينتهي تقديم خدمة رعاية الأطفال في اليوم الأخير من فترة الأهلية الأولية البالغة 12 أسبوعًا، ما لم تقدم مستندات تثبت حاجتك إلى الخدمة بناءً على سبب آخر معتمد.

إذا كانت لديك أي أسئلة عن هذا النموذج، يُرجى التواصل مع وحدة المساعدات المالية التابعة للإدارة على الرقم 617-988-6600.

وتفضل بقبول فائق الاحترام والتقدير،

إدارة التعليم المبكر والرعاية

[1] يُرجى الاطلاع على الفقرة 98.20 في المادة 45 من مدونة القوانين الفيدرالية (CFR)، والاطلاع على الفقرة 10.04 في المادة 606 من مدونة قوانين ولاية ماساتشوستس (.CMR)