THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD

**برنامج رعاية الأطفال المدعمة**

# التحقق من وجود إعاقة/ احتياجات خاصة

*لأغراض ليكدلتقي بدقت جَزجو عيل تعيا بطه لهدشيك لةذيل*

إدارة التعليم المبكر والرعاية (EEC) هي الوكالة الرائدة في ولاية ماساتشوستس 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. 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] يجوز منح استثناء محدد بوقت، من قاعدة الدخل والنشاط المعتمد المؤسس للحاجة إلى الخدمة، لولي الأمر الذي يقدم مستندات تثبت وجود إعاقة أو احتياجات خاصة لطفله (أطفاله).

يحتوي القسم أ–1 في الفصل 15–د من باب القوانين العامة على تعريف لمصطلح "الطفل ذو الاحتياجات الخاصة" ينص على أنه "الطفل الذي قد يكون غير قادر أو غير القادر على إحراز تقدم فعال في البرامج الدراسية العادية، وذلك بسبب إعاقات مؤقتة أو دائمة ناجمة عن عوامل عقلية أو شعورية أو عاطفية أو بدنية أو بيئية، أو بسبب إعاقات تعليمية محددة أخرى".

**يجب على ولي الأمر الراغب في الحصول على دعم لخدمة رعاية الأطفال إثبات حاجته إلى الخدمة (على أساس العمل أو التعلم أو التدريب)، على الأقل بدوام جزئي بواقع 20 ساعة أو أكثر أسبوعيًا، حتى يصبح مؤهلاً للحصول على خدمات برنامج رعاية الأطفال المدعمة. للحصول على خدمة رعاية الأطفال بدوام كامل، يجب على ولي الأمر إثبات حاجته إلى الخدمة لمدة 30 ساعة أو أكثر أسبوعيًا. يجوز للآباء الذين تقل عدد ساعات احتياجهم إلى الخدمة عن الحد الأدنى للدوام الكلي ان يطلبوا من الإدارة تقديم الدعم لطفلهم بدوام كامل استنادًا إلى وجود احتياجات خاصة موثقة للطفل، وذلك مع كل حالة على حدة.**

يهدف هذا النموذج إلى أمرين: (1) التحقق من وجود إعاقة / احتياجات خاصة للطفل، (2) تأكيد نوع البرنامج الذي قد يعالج و/ أو يحسن الإعاقة/ الاحتياجات الخاصة على أكمل وجه.

## القسم الأول: التحقق من وجود إعاقة/ احتياجات خاصة

(يُعبأ هذا الجزء بواسطة الموظف المهني الطبي)

ذكر ولي أمر الطفل، الواردة بياناته أدناه، أنه قد يكون غير قادر أو غير القادر على إحراز تقدم فعال في البرامج الدراسية العادية، وذلك بسبب إعاقات مؤقتة أو دائمة ناجمة عن عوامل عقلية أو شعورية أو عاطفية أو بدنية أو بيئية، أو بسبب إعاقات تعليمية محددة أخرى. يُرجى تزويدنا بالمعلومات المطلوبة أدناه لمساعدتنا في تحديد كيف يمكننا تلبية احتياجات هذه الأسرة.

**من يجوز له تعبئة هذا النموذج:**

- إذا كانت الإعاقة/ الاحتياجات الخاصة ذات طبيعة بدنية، يجب إذن أن يعبأ هذا النموذج طبيب مرخص.
- إذا كانت الإعاقة/ الاحتياجات الخاصة ناجمة عن مشكلة صحية أو عاطفية، يجوز أن يتولى تعبئة هذا النموذج أحد الأفراد المرخصين التاليين: (1) طبيب، (2) أخصائي أمراض عقلية، (3) أخصائي أمراض نفسية حاصل على درجة الدكتوراه، (4) ممرض ممارس/ مساعد طبيب، (5) ممرض أمراض عقلية.
- إذا كان الطالب مسجلاً في إحدى برامج التدخل المبكر، يجوز لمدير برنامج التدخل المبكر تعبئة هذا النموذج.
- إذا كان الطالب مسجلاً في مدرسة حكومية وله برنامج تعليم فردي (IEP)، يجوز لمدير التعليم الخاص تعبئة هذا النموذج يجب على مدير التعليم الخاص ذكر **أسباب عدم تقديم المدرسة الحكومية خدمة تمديد العام الدراسي كجزء من برنامج التعليم الفردي الخاص بالطفل.**

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).

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD

**برنامج رعاية الأطفال المدعمة**

## التحقق من وجود إعاقة/ احتياجات خاصة

1. المسمى الوظيفي (يُرجى تحديد مسمى واحد فقط –الموظفون المهنيون الواردة أسمائهم هنا **هم فقط دون غيرهم** من يملك الحق في تعبئة هذا النموذج):

☐ طبيب ☐ أخصائي أمراض عقلية ☐ أخصائي أمراض نفسية
☐ ممرض ممارس ☐ ممرض أمراض عقلية ☐ مساعد طبيب
☐ مدير برنامج التدخل المبكر (**يجب** إرفاق خطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP) الحالية الخاص بالطفل).
☐ مدير فريق التعليم الخاص (**يجب** إرفاق برنامج التعليم الفردي أو الخطة 504 الحالية الخاصة بالطفل)

2. اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____

**يجب الإجابة على الأسئلة من 3 إلى 5، إذا قام طبيب أو أخصائي أمراض عقلية أو أخصائي أمراض نفسية أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس أو ممرض أمراض عقلية بتعبئة هذا النموذج:**

3. منذ متى وأنت تعالج هذا المريض؟ _____

4. ما هو معدل رؤيتك هذا المريض؟

☐ يوميًا ☐ أسبوعيًا ☐ شهريًا ☐ أخري (يُرجى التحديد) _____

5. يُرجى ذكر التاريخ التقريبي لبدء الإعاقة/ الاحتياجات الخاصة: _____ ويُرجى تحديد التوصيف التقريبي للحالة:

☐ دائمة ☐ على الأقل عام واحد ولكن ليست دائمة ☐ من 6 أشهر إلى عام واحد ☐ 6 أشهر أو أقل

**يجب الإجابة على السؤال رقم 6 بغض النظر عن نوع الموظف المهني الطبي القائم بتعبئة هذا النموذج:**

6. المستندات المطلوبة التي يجب إرفاقها مع هذا النموذج:

☐ خطاب، يحتوي رأسه على بيانات الموظف المهني الصحي القائم بتعبئة هذا النموذج، يتضمن معلومات محددة عن إعاقة الطفل/ احتياجاته الخاصة. يجب على هذا الخطاب توضيح كل من النقاط التالية:

- تعريف إعاقة الطفل/ احتياجاته الخاصة.
- توضيح الصلة بين الإعاقة/ الاحتياجات الخاصة والمدة الزمنية الموصى بها لرعاية الطفال، بما يشمل عدد الأيام في الأسبوع الواحد وعدد الساعات في اليوم الواحد (على سبيل المثال: أكثر من 6 ساعات في اليوم الواحد أو أقل من 6 ساعات في اليوم الواحد).
- توضيح كيف سيستفيد الطفل من التسجيل في برنامج تعليم مبكر و/ أو برنامج رعاية خارج المدرسة. لأغراض توضيح الفائدة التي ستعود على الطفل، تتوقع الإدارة تلقي بيانًا يبين كيف سيؤثر البرنامج إيجابًا و/ أو سيحسن إعاقة الطفل/ احتياجاته الخاصة. إذا قام مدير برنامج التدخل المبكر أو مدير التعليم الخاص بتعبئة هذا النموذج، **يجب أن يوضح الخطاب عدم كفاية الخطة (IFSP) أو برنامج (IEP) أو الخطة 504 و/ أو كيف ستزيد خدمة الرعاية التي ستقدمها الإدارة** من الدعم الذي تقدمه إدارة التعليم الابتدائي والثانوي أو إدارة الصحة العامة.

7. إذا قام مدير برنامج التدخل المبكر بتعبئة هذا النموذج، يُرجى إرفاق خطة (IFSP) الحالية الخاصة بالطفل من أجل التأكد من مشاركته مشاركة فعالة في برناج التدخل المبكر.

8. إذا قام مدير التعليم الخاص بتعبئة هذا النموذج، يجب إرفاق برنامج (IEP) أو الخطة 504 من أجل التحقق من مشاركة الطالب في برنامج التعليم الخاص الحكومي.

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD

**برنامج رعاية الأطفال المدعمة**

## التحقق من وجود إعاقة/ احتياجات خاصة

توقيع الموظف المهني: _____ التاريخ: _____

**يُرجى طباعة البيانات التالية:**

الاسم: _____ اللقب: _____

العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

*يُرجى العلم بأن ممثل من الإدارة قد يتصل بك للتحقق من هذه المعلومات. تحتفظ الإدارة بحق رفض ادعاء وجود إعاقة/ احتياجات خاصة، إذا كان نموذج التحقق و/ أو المرفقات المطلوبة غير كاملة أو بدت غير ملاءمة. إذا كانت لديك أي أسئلة أو مخاوف، يُرجى التواصل مع وحدة المساعدات المالية التابعة للإدارة على الرقم (6600-988-617).*

---

القسم الثاني: الإفصاح عن السجلات الطبية (يُعبأ هذا الجزء بواسطة ولي الأمر)

**أطلب الحصول على تعليم مبكر ورعاية بدوام كامل** لطفلي من إدارة التعليم المبكر والرعاية بناءً على إعاقة طفلي/ احتياجاته الخاصة. أفوض الموظف المهني الطبي (الوارد مسماه الوظيفي أعلاه)، المحددة بياناته في القسم الأول، بالإفصاح عن المعلومات المطلوبة في هذا النموذج الخاصة بالطالب التالي اسمه: _____. وأفوض الموظف المهني الطبي بمشاركة السجلات الطبية أو أي معلومات اخرى عن الإعاقة و/ أو الاحتياجات الخاصة السالف ذكرها أعلاه في القسم الأول مع مسئول الدعم و/ أو الإدارة حتى يتمكنا من تحديد الأهلية في الحصول على المساعدات المالية المخصصة لرعاية الأطفال. كما أفوض مسئول الدعم و/ أو الإدارة بالتواصل مع الموظف المهني الطبي الواردة بياناته في القسم الأول من أجل التحقق من المعلومات الواردة في هذا النموذج ولمناقشة تشخص الموظف المهني الطبي للإعاقة/ الاحتياجات الخاصة **وصلتها بحاجة طفلي إلى خدمات التعليم المبكر والرعاية**.

يفوض هذا النموذج الموظف المهني الطبي بالإفصاح عن معظم المعلومات الطبية أو الصحية مع تطبيق الاستثناء التالي. ممنوع على الموظف المهني الطبي، الواردة بياناته في القسم الأول، الإفصاح عن المعلومات الطبية أو الصحية التالية ما لم يحصل على تفويض صريح بهذا الإفصاح. يُرجى تحديد كل مربع وارد أدناه إذا كنت تفوض الموظف المهني الطبي تفويضًا خاصًا بمشاركة المعلومات الواردة في هذا النموذج.

☐ أفوض الموظف المهني الطبي، الواردة بياناته في القسم الأول، بمشاركة المعلومات المتعلقة بحالة مرض نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز.

☐ أفوض الموظف المهني الطبي، الواردة بياناته في القسم الأول، بمشاركة المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات أو شرب الكحوليات.

☐ أفوض الموظف المهني الطبي، الواردة بياناته في القسم الأول، بمشاركة المعلومات المتعلقة بالاضطرابات النفسية/ العقلية.

أفهم أن هذا التفويض بالإفصاح عن السجلات الطبية صالح لمدة عام واحد اعتبارًا من تاريخ التوقيع الوارد أدناه، إلا إذا قمت أنا بإلغاء هذا التفويض خطيًا قبل حلول موعد انتهاء صلاحيته.

وأفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا التفويض بالإفصاح عن السجلات الطبية في أي وقت عن طريق إرسال خطاب إلى الموظف المهني الطبي الواردة بياناته في القسم الأول.

كما أفهم أنني حتى لو قمت بإلغاء هذا التفويض بالإفصاح عن السجلات الطبية، فلن يستطيع الموظف المهني الطبي استعادة أي معلومات شاركها مع مسئول الدعم و/ أو الإدارة عندما كان يملك التفويض بفعل ذلك.

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD

**برنامج رعاية الأطفال المدعمة**

## التحقق من وجود إعاقة/ احتياجات خاصة

علاوة على هذا، أفهم ان قراري بتفويض الموظف المهني الطبي، الواردة بياناته في القسم الأول، بمشاركة المعلومات الطبية مع مسئول الدعم و/ أو الإدارة قرارًا طوعيًا. وأفهم أنه في حالة عدم تفويضي الموظف المهني الطبي بمشاركة المعلومات الطبية مع مسئول الدعم و/ أو الإدارة، سوف يتعذر اتخاذ قرار بشأن إعاقة طفلي/و/ أو احتياجاته الخاصة، وسوف يُتخذ القرار بشأن أهلية الطفل في الحصول على مساعدات مالية بدون أخذ الإعاقة أو الاحتياجات الخاصة التي تدعيها بعين الاعتبار. وأفهم أنه يجوز للإدارة رفض ادعاء وجود إعاقة/ احتياجات خاصة، إذا كان نموذج التحقق و/ أو المرفقات المطلوبة غير كاملة أو بدت غير ملاءمة.

توقيع ولي الأمر: _____ التاريخ: _____

**يُرجى طباعة البيانات التالية:**

اسم ولي الأمر: _____ اسم الطفل وعمره: _____

العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

ولي الأمر الثاني: _____

العنوان (إذا كان مختلفًا عن العنوان السالف ذكره أعلاه) _____ رقم الهاتف: _____

**يجب تعبئة هذا النموذج تعبئة كاملة وإعادته إلى مسئول الدعم الخاص بك. وننصح ولي الأمر والموظف المهني الطبي بالاحتفاظ بنسخة من هذا النموذج في سجلات كل منهما.**

**إذا كانت الأسرة تحتوي على طفل آخر لم يتم تحديده على أنه من ذوي الاحتياجات الخاصة، سوف يُعامل هذا الطفل بصورة منفصلة وسيتم اتخاذ قرار بشأن احتياجه إلى الخدمة اعتمادًا فقط على أهلية أولياء أموره في الحصول على الخدمة بدوام جزئي أو كامل.**