دائرة التعليم والرعاية المبكرين

برنامج رعاية الأطفال المدعمة

التحقق من وجود إعاقة/احتياجات خاصة لولي الأمر

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE

VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT

دائرة التعليم والرعاية المبكرين (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 أوقات اليوم الدراسي في ولاية ماساتشوستس.[1] **المساعدات المالية لرعاية الأطفال المُموَّلة من صندوق (CCDF) ليست استحقاقًا.**[2] **ولن يُوافَق على تقديم خدمة رعاية الأطفال المُموَّلة من صندوق (CCDF) لأغراض توفير الرعاية قصيرة الأجل بهدف الراحة** (مثال: منح ولي أمر إجازة من الأبوة/الأمومة).[3]

يجوز تقديم المساعدات المالية لرعاية الأطفال للأسر المقيمة في ولاية ماساتشوستس التي تستوفي معايير أهلية الدخل التي وضعتها الدائرة (EEC)، والتي تثبت مزاولتها عملاً وتعليمًا وتدريبًا –أو أي مما سبق– يكون أساس اعتماد تقديم خدمة الرعاية. يجوز –لكل حالة على حدة– توفير المساعدات المالية لبرامج التعليم والرعاية المبكرين للطفل الذي يعاني ولي أمره من إعاقة/احتياجات خاصة موثقة، وذلك لأن الطفل يتلقى خدمات حماية أو عرضة لخطر تلقيها استنادًا إلى أن ولي أمره: (1) **غير قادر** على العمل أو **غير قادر** على المشاركة في برنامج تعليمي و/أو تدريبي؛ (2) غير قادر على توفير بيئة آمنة لرعاية طفله/طفلته (أطفاله) بسبب معاناته من إعاقة/احتياجات خاصة. ويجوز أيضًا أخذ وضع ولي الأمر الذي يكرس كل وقته لتوفير الرعاية لطفل يعاني من إعاقة/احتياجات خاصة بعين الاعتبار، حيث يُحتم هذا الوضع احتياج أي أطفال آخرين في الأسرة إلى الرعاية؛ ينبغي على ولي الأمر –في مثل هذه الظروف– تقديم طلب وجود وضع استثنائي وفقًا لسياسة دائرة التعليم والرعاية المبكرين (EEC).

يهدف نموذج التحقق هذا إلى تحقيق ثلاثة أغراض: (1) التحقق من وجود إعاقة/احتياجات خاصة لدى ولي الأمر؛ (2) شرح كيف تمنع الإعاقة/الاحتياجات الخاصة ولي الأمر من العمل أو المشاركة في نشاط آخر معتمد من الدائرة (EEC)؛ (3) شرح كيف تؤثر الإعاقة/الاحتياجات الخاصة في قدرة ولي الأمر على توفير بيئة آمنة لرعاية الطفل (الأطفال)، مع أخذ عمر الطفل واحتياجاته (أعمار الأطفال واحتياجاتهم) بعين الاعتبار. **برجاء العلم بما يلي:** لا يجوز تقديم خدمة رعاية الأطفال لأولياء الأمور ذي الإعاقة/الاحتياجات الخاصة الموثقة لأكثر من **عامين اثنين.** ويجب أن تُعتمد الأهلية المبنية على وجود إعاقة/احتياجات خاصة موثقة لولي الأمر لما بعد العامين كتابة من الدائرة (EEC).

القسم الأول: التحقق من وجود إعاقة/ احتياجات خاصة

(يُعبَّأ هذا القسم من طرف الموظف المهني)

ذكر الفرد المُحدَّد أدناه أنه **غير قادر** على المشاركة في نشاط معتمد من الدائرة (EEC) يؤسس الحاجة إلى الخدمة مثل مزاول عمل أو الدراسة في مدرسة أو حضور تدريب بسبب إعاقته/احتياجاته الخاصة. وطلب هذا الفرد من الدائرة (EEC) تقديم مساعدات مالية له لتسجيل طفله (أطفاله) في برنامج تعليم ورعاية مبكرين لأنه غير قادر على العمل وغير قادر على توفير بيئة آمنة يرعى فيها طفله (أطفاله). يُرجى تعبئة المعلومات المطلوبة أدناه لمساعدتنا في تحديد كيف يمكننا تلبية احتياجات هذه الأسرة على النحو الأفضل.

من يجوز له تعبئة هذا النموذج:

- إذا كانت الإعاقة/الاحتياجات الخاصة ناجمة عن وجود مشكلة صحية بدنية، يجب أن يتولى تعبئة هذا النموذج طبيب مرخص أو مساعد طبيب مرخص أو ممرض ممارس مرخص.
- إذا كانت الإعاقة/ الاحتياجات الخاصة ناجمة عن وجود مشكلة صحية عاطفية أو عقلية، يجوز أن يتولى تعبئة هذا النموذج أحد الأفراد المرخصين حاليًا التاليين (1) أخصائي أمراض عقلية، (2) أخصائي أمراض نفسية حاصل على درجة الدكتوراه، (3) ممرض أمراض عقلية.

[1] انظر G.L. c. 15D, § 2

[2] انظر 42 U.S.C. 9858(d)(a).

[3] انظر 45 CFR 98.20.

دائرة التعليم والرعاية المبكرين

برنامج رعاية الأطفال المدعمة

التحقق من وجود إعاقة/احتياجات خاصة لولي الأمر

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE

VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT

1- المسمى الوظيفي (*يرجى تحديد مسمى واحد فقط – الموظفون المهنيون الواردة أسمائهم هنا يملكون* ***هيئة تنظيم مهن الرعاية الصحية*** *الحق في تعبئة هذا النموذج*):

☐ طبيب ☐ أخصائي أمراض عقلية ☐ أخصائي أمراض نفسية

☐ ممرض ممارس ☐ ممرض أمراض عقلية ☐ مساعد طبيب

2- اسم ولي الأمر: _____. تاريخ الميلاد _____

3- الاسم الكامل للطفل (الأطفال) وتاريخ ميلاده (هم):

_____

_____

_____

_____

4- طبيعة الإعاقة/الاحتياجات الخاصة لدى **ولي الأمر** (*يرجى تحديد كل ما ينطبق*):

☐ إعاقة/احتياجات خاصة بدنية.

☐ إعاقة/احتياجات خاصة مرتبطة بالصحة العقلية.

☐ إعاقة/احتياجات خاصة أخرى.

5- منذ متى وأنت تعالج هذا الفرد؟ _____

6- كم مرة يزورك هذا الفرد؟

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

7- كيف تؤثر الإعاقة/الاحتياجات الخاصة في قدرة هذا الفرد على رعاية طفله (أطفاله) المحتاج(ين) إلى الحصول على خدمات برنامج تعلم ورعاية مبكرين؟ {يُرجى تحديد كل ما ينطبق}

☐ يتلقى ولي الأمر علاجًا على مدار اليوم بمعدل: _____ أيام في الأسبوع الواحد، _____ ساعة في اليوم الواحد.

☐ تعوق الإعاقة/الاحتياجات الخاصة لدى ولي أمر توفير بيئة آمنة خلال اليوم.

☐ أخرى _____

8- يُرجى ذكر التاريخ التقريبي لبدء الإعاقة/ الاحتياجات الخاصة: _____ ويُرجى تحديد التوصيف التقريبي للحالة:

دائرة التعليم والرعاية المبكرين

برنامج رعاية الأطفال المدعمة

التحقق من وجود إعاقة/احتياجات خاصة لولي الأمر

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE

VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT

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

9- المستندات المطلوبة التي يجب إرفاقها مع هذا النموذج:

☐ خطاب رسمي من الموظف المهني الصحي القائم بتعبئة هذا النموذج يحتوي على معلومات محددة عن الإعاقة/الاحتياجات الخاصة. ويجب أن يُجيب هذا الخطاب على كل ما يلي:

- تعريف مُحدَّد لإعاقة مريضك/احتياجاته الخاصة.
- شرح كيف تمنع هذه الحالة مريضك من العمل أو المشاركة في برامج تعليمية أو تدريبية.
- شرح كيف تؤثر الإعاقة/ الاحتياجات الخاصة لدى مريضك في قدرته على توفير **بيئة آمنة** يرعي فيها طفله (أطفاله) في أي وقت من اليوم، مع أخذ عمر الطفل واحتياجاته (أعمار الأطفال واحتياجاتهم) بعين الاعتبار؛ وتحديد من سيتولى رعاية الطفل خلال الفترة المتبقية من اليوم عندما لا يكون الطفل في برنامج الرعاية المُدعَّمة.
- المدة الزمنية المطلوبة فيها خدمة رعاية الأطفال حتى يُمكن تلبية الاحتياجات الخاصة/الإعاقة و/أو توفير بيئة آمنة لأطفاله؛ ويتضمن ذلك عدد الأيام في الأسبوع الواحد وعدد الساعات في اليوم الواحد المطلوب فيها توفير خدمات التعليم والرعاية المبكرين.

توقيع الموظف المهني: _____ التاريخ: _____

يُرجى طباعة البيانات التالية:

الاسم: _____ اللقب: _____

العنوان: _____ رقم الهاتف: _____

رقم الرخصة: _____

يجب تعبئة هذا النموذج بالكامل. يُرجى العلم بأن ممثل من الدائرة (EEC) قد يتصل بك للتحقق من هذه المعلومات. تحتفظ الدائرة (EEC) 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 للدائرة (EEC) على الرقم 6600-988-617.

القسم الثاني: الإفصاح عن السجلات الطبية (يُعبَّأ هذا الجزء من طرف ولي الأمر/مقدم الرعاية)

أنا أطلب الحصول على مساعدات مالية بغرض توفير رعاية الأطفال على أساس إعاقتي/احتياجاتي الخاصة. أفوض الموظف المهني الطبي الواردة بيانته في القسم الأول بالإفصاح عن المعلومات المطلوبة في هذا النموذج؛ وأفوض الموظف المهني الطبي بمشاركة السجلات الطبية أو المعلومات الأخرى عن إعاقتي/احتياجاتي الخاصة المذكورة في القسم الأول مع الدائرة (EEC) بغرض تحديد أهلية الحصول على المساعدات المالية لرعاية الأطفال. وأفوض الدائرة

دائرة التعليم والرعاية المبكرين

برنامج رعاية الأطفال المدعمة

التحقق من وجود إعاقة/احتياجات خاصة لولي الأمر

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE

VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT

(EEC) بالتواصل مع الموظف المهني الطبي الواردة بياناته في القسم الأول من أجل التحقق من المعلومات الواردة في هذا النموذج ومناقشة تشخيص الموظف المهني الطبي للإعاقة/ الاحتياجات أو الخاصة **ومدى صلتها بالحاجة إلى خدمات التعليم والرعاية المبكرين.**

يفوض هذا النموذج الموظف المهني الطبي بالإفصاح عن معظم المعلومات الطبية أو الصحية مع تطبيق الاستثناء (الاستثناءات) التالية. ممنوع على الموظف المهني الطبي الواردة بياناته في القسم الأول الإفصاح عن المعلومات الطبية أو الصحية التالية ما لم يحصل على تفويض 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.

أعلم 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.

وأعلم 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 أعلم أنني حتى لو قمت بإلغاء هذا التفويض بالإفصاح عن السجلات الطبية، فلن يستطيع الموظف المهني الطبي استعادة أي معلومات شاركها مع الدائرة (EEC) عندما كان يملك التفويض بفعل ذلك.

علاوة على هذا، أعلم ان قراري بتفويض الموظف المهني الطبي، الواردة بياناته في القسم الأول، بمشاركة المعلومات الطبية مع الدائرة (EEC) قرارًا طوعيًا. وأعلم أنه في حالة عدم تفويضي الموظف المهني الطبي بمشاركة المعلومات الطبية مع الدائرة (EEC)، سوف يتعذر اتخاذ قرار بشأن إعاقتي و/أو احتياجاتي الخاصة، وسوف يُتخذ القرار بشأن أهلية الطفل في الحصول على مساعدات مالية بدون أخذ إعاقتي/احتياجاتي الخاصة بعين الاعتبار. وأعلم أنه يجوز للدائرة (EEC) رفض ادعائي بوجود إعاقة/ احتياجات خاصة، إذا كان نموذج التحقق و/ أو المرفقات المطلوبة غير كامل/ة أو بدا/بدت غير ملائمًا/ملائمة.

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 إعادة هذا النموذج إلى الدائرة (EEC). وننصح ولي الأمر والموظف المهني الطبي بالاحتفاظ بنسخة من هذا النموذج في سجلات كل منهما.