THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD
儿童看护补贴
验证儿童的残疾/特殊需求

仅供参考 – 请勿翻译已填写的表格

早期教育与照护部 (EEC) 是管理 Commonwealth 儿童看护发展基金 (CCDF) 的主导机构，这是一个联邦整体补助款，为在马萨诸塞州寻求高品质早期教育和校外看护计划的低收入工薪家庭提供财政援助。联邦和州法规规定了最高家庭收入阈值，并要求家长必须是参加了那些获批准的服务需求活动，包括工作、教育或培训计划。[1] 对于一位家长，如果其孩子的残疾或特殊需求备有证明文件，可在有限的基础上，授予收入和服务需求活动要求例外情况。

《一般法》第 15D 章第 1A 部分对“有特殊需求的儿童”的定义是“因智力、感官、情感、身体或环境因素而造成临时或永久残疾、或者患有其他指定的学习残疾，这样的儿童现在或将来均无法在正常学校课程中有效地取得进步。”

申请儿童看护补贴的家长，必须至少有一项每周占用其 20 小时或以上的部分时间服务需求（雇佣、教育和/或培训），才能够符合儿童看护补贴资格要求。对于全部时间儿童看护，家长必须确保每周有效服务需求时间等于或超过 30 小时。根据具体情况，如果家长的服务需求低于全部时间，他们可以请求 EEC 根据他们的孩子的备有证明文件的特殊需求而给予他们全部时间补贴。

此表格的目的是：(1) 验证儿童残疾/特殊需求是否存在；以及 (2) 确认最适合和/或最能满足残疾/特殊需求的计划类型。

第 I 部分：残疾/特殊需求验证

（由专业人士填写）

以下列出儿童的家长声明，根据孩子的残疾/特殊需求，因智力、感官、情感、身体或环境因素而造成临时或永久残疾、或者患有其他指定的学习残疾，孩子现在或将来无法在正常学校课程中有效地取得进步。请填写以下信息，帮助我们应如何满足此家庭的需求。

谁负责填写此表：

- 如果残疾/特殊需求属于肉体性质，此表格必须由现职执业医师填写。
- 如果残疾/特殊需求是情绪或心里健康问题所致，此表格必须由现职执业 (1) 医师、(2) 精神病医生、(3) 拥有博士学位的心理学家、(4) 医师助理/开业护士或 (5) 精神科护士填写。
- 如果儿童接受早期干预，则由早期干预主任填写此表格。
- 如果儿童就读于公立学校或参加了个别化教育计划 (IEP)，则由特殊教育主任填写此表格。特殊教育主任必须说明**为什么公立学校不需将提供延长教学日或学年全面支持纳入儿童的 IEP**。

[1] 参见 45 CFR 98.20 和 606 CMR 10.04。

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD
儿童看护补贴
验证儿童的残疾/特殊需求

1. 您的专业人士角色（*勾选一项 - **只有** 此处列出的专业人士角色才能够填写此验证表格*）：

   □医师 □ 精神病医生 □ 心理学家

   □开业护士 □ 精神科护士 □ 医师助理

   □早期干预计划主任（儿童**必须**附上最新的 IFSP）

   □特殊教育工作组主任（儿童**必须**附上最新的 IEP 或 504 计划）

2. 儿童的名称：_____ 出生日期：_____

如果此表是由医师、精神病医生、心理学家、医师助理、开业护士或精神科护士填写，则必须回答问题 3 至 5：

3. 您接诊这位患者多长时间了？_____

4. 您接诊这位患者的频率是：

   □每天 □ 每周 □ 每月 □ 其他（请说明频率）_____

5. 请说明该残疾/特殊需求大概是从哪一天开始的：_____ 并指出该状况可能会持续多长时间：

   □永久 □ 至少 1 年，但不是永久的 □ 6 个月至 1 年 □ 6 个月或以下

不管是由哪种类型的专业人士填写，都必须回答问题 6：

6. 必须附加到此验证表的文档：

   □ 一封由填写此表格的专业人士使用正式信笺出具的证明信，提供于孩子的残疾/特殊需求有关的指定信息。此证明信必须说明以下要点：

   - 说明孩子的残疾/特殊需求；
   - 解释残疾/特殊需求和建议的儿童看护总时数之间的关系，包括每周天数和每天小时数（如每天超过 6 小时或每天少于 6 小时）；以及
   - 解释参加早期教育和/或校外时间看护计划为孩子带来的有利之处。为证明对孩子的有利之处，EEC 希望填表人能提供一份声明，以说明计划对孩子的残疾/特殊需求有哪些积极正面的影响和/或推动作用。如果此表是由早期干预主任或特殊教育主任填写，证明信必须**确认 IFSP、IEP 或 504 计划的不足和/或 EEC 提供的儿童看护如何补充**中小学教育部或公共卫生部提供的支持。

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD
儿童看护补贴
验证儿童的残疾/特殊需求

7. 如果此表是由早期干预主任填写，请附上一份最新的 IFSP，以验证是否有主动参加早期干预。

8. 如果此表是由特殊教育主任填写，则必须提供一份最新的 IEP 和/或 504 计划，以验证是否有参加公共特殊教育计划。

专业人士签名：_____ 日期：_____

请使用正楷

名称：_____ 职位：_____

地址：_____ 电话号码：_____

请注意，EEC 代表可能会联系您以验证此信息。EEC 保留当验证表格和/或其必须的附件是不完整或被视为不充分时否决或拒绝残疾/特殊需求申请的权利。如果对此表格有任何疑问或顾虑，请联系 EEC 财政援助单位 (617-988-6600)。

第 II 部分：医疗记录公开（由家长填写）

本人正在向早期教育与照护部申请全部时间早期教育和看护服务，因为本人孩子患有残疾/特殊需求。本人授权第 I 部分列出的专业人士*（上文列出的类别）*公布此表格上要求提供的以下人士的信息：_____。本人授权专业人士将第 I 部分中列出的残疾和/或特殊需求有关的医疗记录或其他信息，共享给补贴管理员和/或 EEC，以确定是否符合接受儿童看护财政援助的资格。本人进一步授权补贴管理员和/或 EEC 以联系第 I 部分中列出的专业人士，以验证此表格中提供的信息，以及就专业人士对残疾/特殊需求的诊断进行讨论，**因为这与早期教育和看护服务需求有关。**

此表格授权专业人士公布大部分医疗或健康信息，要求如下。第 I 部分中列出的专业人士不得披露以下医疗或健康信息，除非事先获得披露授权。如果您指定授权专业人士按照下列各项所述以共享信息，请勾选该项旁边的选项框。

☐ 本人授权 第 I 部分中列出的专业人士以共享有关 AIDS/HIV 状况的信息。

☐ 本人授权 第 I 部分中列出的专业人士以共享有关吸毒或酗酒的信息。

☐ 本人授权第 I 部分中列出的专业人士以共享有关心理障碍/精神障碍的信息。

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD
儿童看护补贴
验证儿童的残疾/特殊需求

本人明白，此医疗记录公布授权的有效期为从以下签署日期开始的一年，除非本人在此期限前以书面方式取消公布授权。

本人明白，本人可随时向第 I 部分中列出的专业人士发送通知信，以取消此医疗记录公布授权。

本人还明白，即使本人取消此公布授权，专业人士也无法取回她/他在拥有公布授权时共享给补贴管理员和/或 EEC 的任何信息。

此外，本人明白，本人是自愿授权第 I 部分中列出的专业人士将医疗信息共享给补贴管理员和/或 EEC。但是，本人明白，如果本人不授权专业人士将信息共享给补贴管理员和/或 EEC，则无法判断本人孩子的残疾/特殊需求，以及在不考虑残疾或特殊需求诉求的情况下对本人孩子的儿童看护财政援助资格做出决定。本人明白，当验证表格和/或其必须的附件是不完整或被视为不充分时，EEC 可能会否定或拒绝残疾/特殊需求诉求。

家长签名：_____ 日期：_____

请使用正楷

家长名称：_____ 孩子名称和年龄：_____

地址：_____ 电话号码：_____

第二家长：_____

地址（如果上述地址不同）_____ 电话号码：_____

必须妥善填写此表格，然后交还给您的补贴管理员。此外，建议医疗专业人士和家长保留此表格的一份副本，以作为记录。

家中的没有被认定为特殊需求儿童的其他孩子，将按照家长在全部或部分时间服务需求方面的资格来确定他们各自的服务需求。