THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE/早期教育和护理部
SUBSIDIZED CHILD CARE/儿童看护补贴
VERIFCATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT 残疾证明/家长的特殊需求

早期教育和护理部（EEC）是州府负责管理儿童看护发展基金（CCDF）的牵头机构，该基金是一项为在麻萨诸塞州寻求高质量早期教育和校外时间护理方案的低收入工薪家庭提供经济补贴的州府区域赠款。[1]**由儿童发展基金资助的儿童看护经济补贴不是一项权利**。[2]**CCDF 资助的儿童看护将无权提供暂缓照料**（例如，给予家长育儿假）[3]。

符合 EEC 收入资格标准的麻萨诸塞州家庭并确认他们参加了经批准的就业、教育和/或培训服务活动的话可获得儿童看护经济补贴的提供。根据个案，有记档内的有残疾证明/特殊需求家长的儿童可获得早期教育和护理方案的经济补贴，因为儿童由于其家长出现以下情况而正在接受或有可能获得保护服务： (1) **无法**工作或**无法参加**教育和/或培训计划； (2) 由于他/她的残疾/特殊需求，无法为他/她的孩子提供一个安全的环境。 也可以考虑为有残疾/特殊需求的孩子提供全职照顾的家长，因此需要照顾他/她的其他孩子； 在这种情况下，家长应根据 EEC 政策要求差异对待。

本证明表的目的有三（1）来核实家长是否存在残疾/特殊需求：（2） 解释残疾/特殊需求如何阻止家长工作或参加 EEC 批准的另一项活动：（3） 解释残疾/特殊需求如何影响家长为照顾其子女提供安全环境的能力，同时考虑到儿童（们）的年龄和需要。**请注意：**<u>档案记录有身体或精神残疾/特殊需求的家长不得在**两年**以上的儿童看护中获得授权</u>。超过两年以上家长残疾/特殊需求的资格必须经 EEC 书面批准.

第一部分：残疾/特殊需求核实

（由专业人员完成）

下列个人指出，由于他/她的残疾/特殊需求，他/他**无法**参加 EEC 批准的服务需要活动，如工作、学校或培训。他/她请求 EEC 提供经济补贴，使他/她的孩子（们）参加早期教育和照料方案，因为他/她无法工作，无法为照顾其子女提供安全的环境。请填写以下信息，以帮助我们确定如何最好地满足这个家庭的需求。

<u>谁可以填写此表单：</u>

- 如果残疾/特殊需求是由于身体健康问题造成的，此表格必须由持牌医生、医生助理或护士执业者填写。
- 如果残疾/特殊需求来自情绪或心理健康问题，此表格可由目前有执照的 （1） 精神病医生、（2） 博士学位级心理学家或 （3） 精神病护士填写。

[1] 请参阅 G.L. c. 15D, § 2.

[2] 请参阅 42 U.S.C. 9858(d)(a).

[3] 请参阅 45 CFR 98.20

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE/早期教育和护理部
SUBSIDIZED CHILD CARE/儿童看护补贴
VERIFCATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT 残疾证明/家长的特殊需求

1. 您的专业角色（请勾选*一个 - 仅此处列出的角色中的专业人员可以填写此证明表*）：

☐医生 ☐精神病医生 ☐ 心理学家

☐护理医师 ☐ 精神病护士 ☐ 医生助理

2. 家长姓名:_____ 出生日期 _____

3. 儿童全名，包括（出生日期）：

_____

_____

_____

_____

4. **家长**特殊需求/残疾的性质*（请在所有适用项勾选）*：

☐身体残疾/特殊需求;
☐心理健康残疾/特殊需求;或
☐其他残疾/特殊需求。

5. 您治疗这个人多久了？_____

6. 您看诊此人的频率：

☐每日 ☐ 每周 ☐每月 ☐其他（请注明频率）_____

7. 残疾/特殊需求如何影响他/她照顾需要接受早期教育和护理方案的儿童的能力？[检查所有适用的]

☐家长白天接受治疗：每天和每天的时间：

☐家长的特殊需求/残疾妨碍了白天提供安全的环境：或

☐其他_

8. 请说明开始残疾/特殊需求的大致日期： __表示此情况的可能持续时间：

☐永久 ☐至少 1 年，但不是永久性 ☐6 个月至 1 年 ☐6 个月或更短的时间

9. 此证明表上需要附上文件：

☐保健专业人员填写有官方抬头的此表一份，提供有关残疾/特殊需求的具体信息。此信必须包括对以下所有内容的回复：

- 请确定患者的残疾/特殊需求;
- 请说明该情况如何让您的患者不能工作或不能参加教育或培训计划;
- 请解释您的患者的残疾/特殊需求如何影响他/**她的能力，**为照顾他/她的孩子（们）在一天的任何部分，考虑到年龄和需要的孩子（们），并确定当孩子没有获得补贴看护时是由谁在照顾孩子的其余部分。
- 需要多少时间照顾儿童，以适应残疾/特殊需求和/或为其子女提供安全的环境，包括每周天数和每天需要早期教育和照料服务的小时数。

专业人士签名：_____ 日期:_____

请以正楷体写

姓名：_____ 职称：_____

地址： _____ 电话：_____

执照号： _____

此表单必须完整填完。请注意，EEC 代表可能会联系您以核实此信息。如果此证明表和/或其所需附件不完整或被认为不充分，EEC 保留拒绝或拒绝残疾/特殊需求索赔的权利。如果您有任何疑问或疑虑，请拨打 617-988-6600 联系 EEC 经济补贴部。

第二部分：医疗记录发布（此部分由家长/照顾者完成）

本人根据本人的残疾/特殊需求请求儿童看护方面的经济补贴。本人授权第一部分所指认的专业人员可以披露此表格上所要求的信息，本人还授权专业人员与 EEC 分享第一部分中列出的关于本人的残疾和/或特殊需求的医疗记录或其他信息，以确定获得儿童看护经济补贴的资格。本人还授权 EEC 联系第一部分确定的专业人员，核实该表格上提供的信息，并讨论他/她对本人的残疾和/或特殊需求的诊断，**因为这适用于早期教育和护理服务的需要。**

此表单还授权专业人士可披露除以下例外情况的大多数医疗或健康信息。第一部分中确定的专业人员不得披露下列医疗或健康信息，除非此类披露得到授权。如果您特别授权专业人员共享其中描述的信息，请选中下面每个项目旁边的框。

☐本人授权第一部分所指认的专业人员分享有关艾滋病/艾滋病毒状况的信息。

☐本人授权第一部分中所指认的专业人员共享有关吸毒或饮酒的信息。

☐本人授权第一部分中所指认的专业人员分享有关心理/精神疾病的信息。

本人知道，此医疗记录版本自下文签名之日起有效一年，除非本人在发布到期前以书面形式取消了该版本。

据本人了解，本人可以通过向第一部分确定的专业人员发送一封信，随时取消此病历的披露。

本人也明白，即使本人取消了此版本，专业人员也不能撤回与 EEC 共享的任何信息，而他/她有权这样做。

此外，本人理解本人决定授权第一部分确定的专业人员与 EEC 分享医疗信息是自愿的。然而，本人理解，如果本人不授权专业人员与 EEC 分享医疗信息，就不能确定本人的残疾和/或特殊需求，而在考虑本人的孩子是否有资格获得儿童看护经济补贴则不将本人的残疾/特殊需求考虑在内。本人知道，如果证明表和/或其所需附件不完整或被认为不充分，EEC 可以拒绝或拒绝本人关于残疾/特殊需求的索赔。

家长签名：_____ 日期：_____

请以正楷体书写

家长姓名：_____ 儿童姓名以及年龄：_____
地址：_____
第二家长_____
地址（如果与上述家长地址有所不同）：_____电话：_____

此表单必须寄回给 EEC。我们还建议医疗专业人员和家长保留此表格的副本以为存档。