THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADOS INFANTIS SUBSIDIADOS
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD / VERIFICAÇÃO DE DEFICIÊNCIA/NECESSIDADE ESPECIAL DA CRIANÇA

APENAS PARA FINS INFORMATIVOS - NÃO PREENCHER O FORMULÁRIO TRADUZIDO

O Departamento de Educação e Cuidados na Primeira Infância (EEC) é o principal organismo no estado, responsável pela administração do Fundo de Desenvolvimento de Cuidados Infantis (Child Care Development Fund - CCDF), que é uma subvenção federal que fornece assistência financeira a famílias de baixo rendimento, que trabalham em busca de educação na primeira infância de alta qualidade e programas de cuidados infantis fora do horário letivo em Massachusetts. Regulamentos federais e estatais estabelecem limites máximos de rendimento familiar e exigem que os Pais participem de uma atividade de necessidade de serviço aprovada, incluindo trabalho, educação ou programa de formação.[1] De forma limitada, uma exceção aos requisitos de atividade de necessidade de renda e serviço pode ser concedida ao(à) Pai/Mãe cujo(s) filho(s) tenha(m) uma deficiência ou necessidade especial documentada.

A Secção 1A do Capítulo 15D das Leis Gerais define "criança com necessidades especiais" como "uma criança que, devido a deficiências temporárias ou permanentes decorrentes de fatores intelectuais, sensoriais, emocionais, físicos ou ambientais, ou outras deficiências de aprendizagem específicas, é ou seria incapaz de progredir efetivamente em um programa escolar regular."

O(a) pai/mãe que busca subsídio de cuidados infantis deve ter pelo menos uma necessidade de serviço a tempo parcial (emprego, educação e/ou treinamento) de 20 horas ou mais por semana para estar apto(a) aos cuidados infantis subsidiados. Para cuidados infantis a tempo integral, o(a) pai/mãe deve confirmar uma necessidade de serviço válida de 30 ou mais horas por semana. Em uma situação específica, os pais com necessidade de serviço menor do que tempo integral podem solicitar que o EEC aprove um subsídio de tempo integral para seu filho, com base na necessidade especial documentada da criança.

Este formulário tem dois propósitos: (1) verificar a existência da deficiência/necessidade especial da criança; e (2) confirmar o tipo de programa que melhor atenderia e/ou melhoraria a deficiência/necessidade especial.

SECÇÃO I: VERIFICAÇÃO DE DEFICIÊNCIA/NECESSIDADES ESPECIAIS

(a ser preenchido pelo profissional)

O(a) pai/mãe da pessoa identificada abaixo declarou que, com base na deficiência/necessidade especial da criança, ela é ou seria incapaz de progredir efetivamente em um programa escolar regular, devido a deficiências temporárias ou permanentes, decorrentes de fatores intelectuais, sensoriais, emocionais, físicos, ambientais ou outras deficiências de aprendizagem específicas. Preencha as informações abaixo para nos ajudar a determinar como podemos atender às necessidades desta família.

Quem pode preencher este formulário:

- Caso a deficiência/necessidade especial seja de natureza física, este formulário deve ser preenchido por um médico atualmente licenciado.
- Caso a deficiência/necessidade especial da criança resulte de um problema de saúde mental ou emocional, este formulário poderá ser preenchido pelos seguintes profissionais licenciados: (1) médico, (2) psiquiatra, (3) psicólogo de nível de doutorado, (4) médico assistente/enfermeiro, ou (5) enfermeiro psiquiátrico.
- Se a criança estiver inscrita em Intervenção Antecipada, o Diretor de Intervenção Antecipada poderá preencher este formulário.
- Se a criança estiver inscrita em uma escola pública e estiver em um Programa Educativo Individual (PEI), o Diretor de Educação Especial poderá preencher este formulário. O Diretor de Educação Especial deverá declarar **por que a escola pública não é obrigada a fornecer apoio de dia ou ano prolongados como parte do PEI da criança.**

[1] Ver 45 CFR 98.20 e 606 CMR 10.04.

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADOS INFANTIS SUBSIDIADOS
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD / VERIFICAÇÃO DE DEFICIÊNCIA/NECESSIDADE ESPECIAL DA CRIANÇA

1. A sua função profissional *(selecione um - **somente** profissionais em funções mencionadas aqui podem preencher este formulário de verificação*):

   ☐ Médico ☐ Psiquiatra ☐ Psicólogo

   ☐ Enfermeiro ☐ Enfermeiro psiquiátrico ☐ Médico assistente

   ☐ Diretor do Programa de Intervenção Antecipada (a criança **deve** ter um IFSP atual anexo)

   ☐ Diretor da Equipa de Educação Especial (a criança deve ter um PEI ou um plano 504 atuais anexos)

2. Nome da criança: _____ Data de nascimento:_____

As perguntas 3 a 5 devem ser respondidas se o formulário for preenchido por um médico, psiquiatra, psicólogo, médico assistente, enfermeiro ou enfermeiro psiquiátrico:

3. Há quanto tempo está a tratar este paciente? _____

4. Com que frequência atende este paciente:

   ☐ Diária ☐ Semanal ☐ Mensal ☐ Outra (especificar a frequência)_____

5. Indique a data aproximada em que a deficiência/necessidade especial começou: _____ E indique a duração provável da condição:

   ☐Permanente ☐ Pelo menos 1 ano, mas não permanente ☐ 6 meses a 1 ano ☐ 6 meses ou menos

A pergunta 6 deve ser preenchida independentemente do tipo de profissional que preencha este formulário:

6. Documentação exigida para ser anexada a este formulário de verificação:

   ☐ Uma carta em papel timbrado oficial do profissional que preenche este formulário, fornecendo informações específicas sobre a deficiência/necessidade especial da criança. Esta carta deve abordar cada um dos seguintes pontos:

   - identificação da deficiência/necessidade especial da criança;
   - explicação da relação entre a deficiência/necessidade especial e a quantidade de tempo recomendada para cuidados infantis, incluindo o número de dias por semana e horas por dia (por exemplo, mais de 6 horas por dia ou menos de 6 horas por dia); e
   - explicação sobre como a criança será beneficiada por estar inscrita em programas de educação na primeira infância e/ou cuidados infantis fora do horário letivo. Para fins de demonstrar o benefício à criança, o EEC exige uma declaração sobre como o programa impactará positivamente e/ou melhorará a deficiência/necessidade especial da criança. Se este formulário for preenchido por um Diretor de Intervenção Antecipada ou Diretor de Educação Especial, a carta deve **confirmar como o IFSP, o PEI ou o Plano 504 são insuficientes e/ou como os cuidados infantis fornecidos pela EEC complementarão** o apoio fornecido pelo Departamento de Educação Primária e Secundária ou Departamento de Saúde Pública.

7. Se este formulário foi preenchido por um Diretor de Intervenção Antecipada, anexe um IFSP atual para verificar a participação ativa em Intervenção Antecipada.

8. Se este formulário foi preenchido por um Diretor de Educação Especial, devem ser fornecidos PEI e/ou Plano de 504 atuais para verificar o envolvimento em um programa público de Educação Especial.

Assinatura do profissional: _____ Data: _____

Em letra de imprensa

Nome:_____ Função: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Informamos que você pode ser contactado por um representante do EEC para verificar estas informações. O EEC se reserva o direito de negar ou rejeitar uma reivindicação de deficiência/necessidade especial caso o formulário de verificação e/ou seus anexos exigidos estejam incompletos ou sejam considerados inadequados. Caso tenha alguma dúvida ou preocupação, contacte a Unidade de Assistência Financeira no EEC (617-988-6600).

SECÇÃO II: DIVULGAÇÃO DE REGISTOS CLÍNICOS (a ser preenchido pelos pais)

Procuro educação e cuidados na primeira infância a período integral do Departamento de Educação e Cuidados na Primeira Infância, devido à deficiência/necessidade especial do meu filho. Autorizo o profissional (*categorias mencionadas anteriormente*) identificado na Secção I a entregar as informações solicitadas neste formulário para a seguinte pessoa: _____. Autorizo também o profissional a partilhar os registos clínicos ou outras informações sobre a deficiência e/ou necessidade especial listados na Secção I com o Administrador de Subsídio e/ou EEC, a fim de determinar a elegibilidade à assistência financeira para cuidados infantis. Autorizo ainda o Administrador de Subsídio e/ou EEC a contactar o profissional identificado na Secção I para verificar as informações fornecidas neste formulário e discutir o diagnóstico de uma deficiência/necessidade especial, **no que diz respeito à necessidade de serviços de educação e cuidados na primeira infância.**

Este formulário autoriza o profissional a divulgar a maioria das informações clínicas ou de saúde com a seguinte exceção. O profissional identificado na Secção I não pode divulgar as seguintes informações clínicas ou de saúde, a menos que tal divulgação seja claramente autorizada. Marque a caixa ao lado de cada item abaixo, caso autorize especificamente o profissional a compartilhar as informações descritas no item.

☐ Autorizo o profissional identificado na Secção I a compartilhar informações sobre o status de SIDA/VIH.

☐ Autorizo o profissional identificado na Secção I a compartilhar informações sobre uso de drogas ou álcool.

☐ Autorizo o profissional identificado na Secção I a compartilhar informações sobre transtornos psicológicos/psiquiátricos.

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADOS INFANTIS SUBSIDIADOS
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD / VERIFICAÇÃO DE DEFICIÊNCIA/NECESSIDADE ESPECIAL DA CRIANÇA

Compreendo que esta liberação de registos clínicos é válida por um ano a partir da data assinada abaixo, a menos que eu cancele a divulgação por escrito antes de sua expiração.

Compreendo que posso cancelar esta divulgação de registos clínicos a qualquer momento enviando uma carta ao profissional identificado na Secção I.

Também compreendo que, mesmo que eu cancele esta divulgação, o profissional não poderá recuperar nenhuma informação que tenha compartilhado com o Administrador de Subsídio e/ou EEC quando o profissional teve autorização para fazê-lo.

Além disso, compreendo que a minha decisão de autorizar o profissional identificado na Secção I a compartilhar informações clínicas com o Administrador de Subsídio e/ou EEC é voluntária. No entanto, compreendo que, se eu não autorizar o profissional a compartilhar informações clínicas com o Administrador de Subsídio e/ou EEC, não será possível determinar a deficiência e/ou necessidade especial do meu filho e a elegibilidade do meu filho à assistência financeira para cuidados infantis será decidida sem considerar a deficiência ou necessidade especial reivindicada. Compreendo que o EEC pode negar ou rejeitar esta reivindicação de deficiência/necessidade especial caso o formulário de verificação e/ou seus anexos exigidos estejam incompletos ou forem considerados inadequados.

Assinatura do(a) pai/mãe: _____ Data: _____

Em letra de imprensa

Nome do(a) pai/mãe: _____ Nome e idade da criança: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Segundo(a) pai/mãe: _____

Endereço (se diferente do anterior) _____ Telefone: _____

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO INTEGRALMENTE E DEVOLVIDO AO SEU ADMINISTRADOR DE SUBSÍDIO. ACONSELHA-SE TAMBÉM QUE O MÉDICO E O(A) PAI/MÃE MANTENHAM UMA CÓPIA DESTE FORMULÁRIO PARA SEUS PRÓPRIOS REGISTOS.

QUAISQUER CRIANÇAS ADICIONAIS NO AGREGADO FAMILIAR, NÃO IDENTIFICADAS COMO CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, TERÃO SUAS NECESSIDADES DE SERVIÇOS BASEADAS SOMENTE NA ELEGIBILIDADE DOS PAIS, PARA NECESSIDADE DE SERVIÇO A TEMPO INTEGRAL OU PARCIAL.