DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
(DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT
(VERIFICAÇÃO DE NECESSIDADE ESPECIAL/DEFICIÊNCIA DOS PAIS)

O Department of Early Education and Care (Departamento de Educação e Assistência Infantil) (EEC) é a agência principal do estado responsável por administrar o Child Care Development Fund (Fundo de Desenvolvimento de Assistência Infantil) (CCDF), que é um subsídio federal em partes que fornece assistência financeira a famílias trabalhadoras de baixa renda que buscam alta qualidade dos programas de educação infantil e cuidados fora do horário escolar em Massachusetts.[1] **A assistência financeira para cuidados infantis financiados pelo CCDF não é um direito**.[2] **Os locais financiados pelo CCDF não são autorizadas para fins de prestação de cuidados temporários** (por exemplo, para dias de folga dos pais).[3]

A assistência financeira para cuidados infantis pode ser fornecida a famílias de Massachusetts que atendem aos critérios de elegibilidade de renda do EEC e que confirmem que estão participando de uma atividade aprovada de emprego, educação e/ou formação. Em uma base individual, a assistência financeira para programas de educação e cuidados infantis pode estar disponível para uma criança cujos pais tenham uma necessidade especial/deficiência documentada porque a criança está recebendo ou está em risco de receber serviços de proteção com base no fato de o(a) pai/mãe/responsável ser: (1) **incapaz** de trabalhar ou **incapaz** de participar de um programa educacional e/ou de formação; e (2) incapaz de fornecer um ambiente seguro para cuidar de seus filhos devido à sua necessidade especial/deficiência. Uma consideração também pode ser feita para um(a) pai/mãe/responsável que está prestando cuidados em tempo integral a uma criança com deficiências/necessidades especiais, e que está necessitando, portanto, de cuidados para seus outros filhos; nestas circunstâncias, a controladora deverá solicitar uma variação, de acordo com a política do EEC.

A finalidade deste formulário de verificação é tripla (1): para verificar a existência da necessidade especial/deficiência do(a) pai/mãe/responsável; (2) para explicar como a necessidade especial/deficiência o(a) impede de trabalhar ou de participar em outra atividade aprovada pelo EEC; e (3) explicar como a necessidade especial/deficiência impacta a capacidade dos pais de fornecer um ambiente seguro para cuidar de seus filhos, levando em consideração as idades e as necessidades das crianças. **Observação:** Os pais com deficiência física ou mental documentada/necessidade especial não podem ser autorizados a mais de **dois (2) anos** para cuidados infantis. A elegibilidade com base na necessidade especial/deficiência dos pais além de dois (2) anos deve ser aprovada por escrito pelo EEC.

SEÇÃO I: VERIFICAÇÃO DE NECESSIDADES ESPECIAIS/DEFICIÊNCIAS
(deve ser preenchida por um profissional)

O indivíduo identificado abaixo afirmou que ele é **incapaz** de participar de uma atividade de necessidade aprovada pelo EEC, como trabalho, faculdade ou formação devido à sua necessidade especial/deficiência. Ele solicitou que o EEC fornecesse assistência financeira para matricular seu filho/sua filha/seus filhos em um programa de educação e cuidados infantis porque ele não pode trabalhar e não é capaz de fornecer um ambiente seguro para cuidar de seus filhos. Preencha as informações abaixo para nos ajudar a determinar como podemos melhor atender às necessidades desta família.

[1] Consulte G.L. c. 15D, § 2.
[2] Consulte 42 U.S.C. 9858(d)(a).
[3] Consulte 45 CFR 98.20.

DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
(DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT
(VERIFICAÇÃO DE NECESSIDADE ESPECIAL/DEFICIÊNCIA DOS PAIS)

Quem pode preencher este formulário:

- Se a necessidade especial/deficiência resultar de um problema de saúde física, este formulário deverá ser preenchido por um(a) médico(a) licenciado(a), assistente médico(a) ou enfermeiro(a).
- Se a necessidade especial/deficiência resultar de um problema de saúde mental ou emocional, este formulário pode ser preenchido por um (1) Psiquiatra, (2) Psicólogo(a) de nível de doutorado ou (3) Enfermeiro(a) psiquiátrico(a).

1. Sua função profissional (*marque uma - apenas os profissionais das funções listadas aqui podem preencher este formulário de verificação*):

   □ Médico(a) □ Psiquiatra □ Psicólogo(a)

   □ Enfermeiro(a) □ Enfermeiro(a) psiquiátrica □ Assistente médico(a)

2. Nome do(a) pai/mãe/responsável: _____ Data de nascimento _____

3. Nome completo do filho/da filha/dos filhos/das filhas, incluindo data(s) de nascimento:
   _____
   _____
   _____
   _____

4. Natureza da necessidade especial/deficiência do(a) **PAI/MÃE/RESPONSÁVEL** *(marque todas as opções aplicáveis)*:

   □ Deficiência física/necessidade especial;
   □ Deficiência de saúde mental/necessidade especial; ou
   □ Outra deficiência/necessidade especial.

5. Há quanto tempo você trata esse indivíduo? _____

6. Com que frequência esse indivíduo o(a) consulta:

   □ Diariamente □ semanalmente □ mensalmente □ outra (especifique a frequência) _____

7. Como a deficiência/necessidade especial afeta sua capacidade de cuidar da(s) criança(s) que precisa(m) de acesso a um programa de educação e cuidados infantis? (Marque todas as opções aplicáveis)

   □ O(A) pai/mãe/responsável está em tratamento durante o dia: _____ dias/semana e _____ horas/dia;

   □ A necessidade especial/deficiência do(a) pai/mãe/responsável impede o fornecimento de um ambiente seguro durante o dia; ou

   □ Outro _____

DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
(DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT
(VERIFICAÇÃO DE NECESSIDADE ESPECIAL/DEFICIÊNCIA DOS PAIS)

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

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

9. A documentação necessária deve ser anexada a este formulário de verificação:

   □ Uma carta em papel timbrado oficial do profissional de saúde que está preenchendo este formulário, fornecendo informações específicas sobre a necessidade especial./deficiência. Esta carta deve incluir uma resposta a TODOS os seguintes:

   - Identificação da necessidade especial/deficiência do seu/da sua paciente;
   - explicação de como a condição impede o(a) seu/sua paciente de trabalhar ou participar de programas de educação ou formação;
   - explicação de como a necessidade especial/deficiência de seu/sua paciente afeta sua capacidade de fornecer um **ambiente seguro** para o cuidado de seus filhos em qualquer parte do dia, levando em consideração as idades e as necessidades das crianças, e identificar quem está cuidando da criança no restante do dia quando a criança não está nos cuidados infantis subsidiados.
   - A quantidade de tempo que a assistência infantil será necessária para acomodar a necessidade especial/deficiência e/ou para fornecer um ambiente seguro para os filhos dele/dela, incluindo o número de dias por semana e horas por dia em que os serviços de educação e cuidados infantis serão necessários.

Assinatura do profissional: _____ Data: _____

Imprima

Nome: _____ Cargo: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Número da licença: _____

Este formulário deve ser totalmente preenchido. Esteja ciente de que você pode ser contatado(a) por um representante do EEC para verificar essas informações. O EEC reserva-se o direito de negar ou indeferir uma reivindicação de necessidade especial/deficiência se o formulário de verificação e/ou seus anexos necessários estiverem incompletos ou forem considerados inadequados. Em caso de quaisquer dúvidas ou preocupações, entre em contato com a EEC Financial Assistance Unit (Unidade de assistência financeira do EEC) pelo número 617-988-6600.

SEÇÃO II: DIVULGAÇÃO DE REGISTROS MÉDICOS **(deve ser preenchido pelo(a) pai/mãe/responsável)**

Estou solicitando assistência financeira para cuidados infantis com base na minha necessidade especial/deficiência. Autorizo o profissional identificado na Seção Ia divulgar as informações solicitadas neste formulário e também autorizo o profissional a compartilhar registros médicos ou outras informações sobre minha necessidade especial e/ou deficiência listada na Seção I com o EEC, a fim de determinar a elegibilidade para assistência financeira de cuidados infantis. Autorizo ainda o EEC a entrar em contato com o profissional identificado na Seção I para verificar as informações fornecidas neste formulário e para falar sobre o diagnóstico da minha necessidade especial e/ou deficiência **conforme isso se aplica à necessidade de serviços de educação e cuidados infantis.**

Este formulário autoriza o profissional a divulgar a maioria das informações médicas ou de saúde, com as seguintes exceções. O profissional identificado na Seção I não pode divulgar as seguintes informações médicas ou de saúde, a menos que esta divulgação seja autorizada. Marque a caixa ao lado de cada item abaixo se autorizar especificamente o profissional a compartilhar as informações descritas nele.

- ☐ Autorizo o profissional identificado na Seção I a compartilhar informações sobre o status de AIDS/HIV.

- ☐ Autorizo o profissional identificado na Seção I para compartilhar informações sobre o uso de drogas ou álcool.

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

Entendo que esta divulgação de registros médicos é válida por um (1) ano a partir da data assinada abaixo, a menos que eu tenha sido cancelada por escrito antes de seu término.

Entendo que posso cancelar esta divulgação de registros médicos a qualquer momento ao enviar uma carta para o profissional identificado na Seção I.

Também compreendo que, mesmo que cancele esta divulgação, o profissional não poderá obter novamente nenhuma informação que tenha sido compartilhada com o EEC quando teve autorização para o afirmado.

Além disso, entendo que minha decisão de autorizar o profissional identificado na Seção I a compartilhar informações médicas com o EEC é voluntária. Contudo, entendo que se eu não autorizar o profissional a compartilhar informações médicas com o EEC, uma determinação sobre minha necessidade especial/deficiência não poderá ser feita e a elegibilidade de assistência financeira de cuidados infantis para meu filho/minha filha/meus filhos/minhas filhas será decidida sem levar em consideração a minha necessidade especial/deficiência. Estou ciente de que o EEC reserva-se o direito de negar ou indeferir uma reivindicação de necessidade especial/deficiência se o formulário de verificação e/ou seus anexos necessários estiverem incompletos ou forem considerados inadequados.

DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
(DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT
(VERIFICAÇÃO DE NECESSIDADE ESPECIAL/DEFICIÊNCIA DOS PAIS)

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

Imprima

Nome do(a) pai/mãe/responsável: _____
Nome do(a) aluno(a) e idade: _____

Endereço: _____
Telefone: _____

Segundo
pai/mãe/responsável:_____

Endereço (se diferente do acima) _____
Telefone: _____

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER DEVOLVIDO AO EEC. RECOMENDA-SE TAMBÉM QUE O(A) MÉDICO(A) ESPECIALISTA E OS PAIS MANTENHAM UMA CÓPIA DESTE FORMULÁRIO PARA SEU REGISTRO.