THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD / VERIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD/NECESIDAD ESPECIAL DEL NIÑO

EL PRESENTE DOCUMENTO TIENE FINES EXCLUSIVAMENTE INFORMATIVOS - NO COMPLETE EL FORMULARIO TRADUCIDO

El Departamento de Cuidado y Educación Temprana (EEC, por sus siglas en inglés) es la Agencia Central del Estado que se encarga de administrar el Fondo para el Desarrollo del Cuidado Infantil (CCDF, por sus siglas en inglés), que es una subvención federal que presta asistencia financiera a familias trabajadoras de bajos ingresos que se encuentran en la búsqueda educación temprana de alta calidad y programas de cuidado fuera del horario escolar en Massachusetts. Las reglamentaciones federales y estatales establecen umbrales máximos de ingreso del grupo familiar y exigen que los padres participen en una actividad de necesidad de servicio aprobada, lo que incluye trabajo, educación o programas de capacitación.[1] En circunstancias específicas se puede hacer una excepción respecto de los requisitos sobre ingresos y actividades de necesidad servicio para un Padre o una Madre cuyos hijos tengan una discapacidad o una necesidad especial verificada.

La Sección 1A del Capítulo 15D de las Reglamentaciones Generales define al "niño con necesidades especiales" como "un niño que, debido a discapacidades temporarias o a permanentes que derivan de factores intelectuales, sensoriales, emocionales, físicos o ambientales, u otras discapacidades específicas del aprendizaje, no puede o no podría progresar eficazmente en un programa escolar convencional".

Un padre o una madre que pretende obtener un subsidio por cuidado de niños debe tener por lo menos una necesidad de servicio a tiempo parcial (empleo, educación y/o capacitación). de 20 horas semanales o más a fin de reunir los requisitos para obtener el cuidado de niños subsidiado. Para obtener el cuidado de niños a tiempo completo, el padre o la madre debe poder confirmar una necesidad de servicio válida de 30 horas semanales o más. Analizando cada caso en particular, los padres que tengan menos cantidad de horas de servicio necesarias para obtener el cuidado a tiempo completo, pueden solicitar que el EEC apruebe un subsidio a tiempo completo para su hijo basándose en la necesidad especial verificada del niño.

La finalidad de este formulario comprende dos aspectos: (1) la comprobación de la existencia de la discapacidad/necesidad especial de un niño; y (2) la confirmación del tipo de programa que abordaría de la mejor forma y/o mejoraría la discapacidad/necesidad especial.

SECCIÓN I: VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD/NECESIDAD ESPECIAL (para que lo complete el profesional)

El Padre del individuo identificado a continuación ha declarado que, basado en la discapacidad/necesidad especial del niño, él/ella es o sería incapaz de progresar efectivamente en un programa escolar convencional debido a discapacidades temporarias o permanentes que surjan de factores intelectuales, sensoriales, emocionales, físicos o ambientales, u otras discapacidades de aprendizaje específicas. Complete la siguiente información para ayudarnos a definir cómo podemos satisfacer las necesidades de esta familia.

Quién puede llenar este formulario:

- Si la discapacidad/necesidad especial es de naturaleza física, este formulario debe completarlo un médico con matrícula vigente.
- Si la discapacidad/necesidad especial se debe a un problema emocional o de salud mental, este formulario puede completarlo cualquier de los profesionales de la salud que se enumeran a continuación siempre que cuente con matrícula vigente: (1) médico; (2) psiquiatra; (3) psicólogo con doctorado; (4) asistente médico/enfermero profesional practicante; o (5) enfermero de salud mental.
- Si el niño está inscripto en un programa de Intervención Temprana, el Director del programa de Intervención Temprana puede completar este formulario.
- Si el niño está inscripto en una escuela pública y forma parte de un Programa Educativo Individualizado (PEI), el Director de Educación Especial puede completar este formulario. El Director de Educación Especial debe explicar **por qué la escuela pública no está obligada a proporcionar apoyo en jornada extendida o durante todo el año como parte del IEP del niño**.

[1] Consultar el capítulo 45 artículo 98.20 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) y el capítulo 606 artículo 10.04 del Código de Reglamentaciones de Massachusetts (CMR, por sus siglas en inglés).

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD /
VERIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD/NECESIDAD ESPECIAL DEL NIÑO

1. Su cargo profesional (*seleccione uno – **únicamente** profesionales que se desempeñen en las funciones que se indican a continuación están autorizados a completar este formulario de verificación*):

   □ Médico □ Psiquiatra □ Psicólogo

   □ Enfermero profesional practicante □ Enfermero de salud mental □ Asistente médico

   □ Director del Programa de Intervención Temprana (el niño **debe** tener un IFSP vigente que se adjunte)

   □ Director de Personal de Educación Especial (el niño **debe** tener un plan 504 o PEI vigente que se adjunte)

2. Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento:_____

Las preguntas 3 a 5 deben responderse si este formulario lo completa un médico, psiquiatra, psicólogo, asistente médico, enfermero profesional practicante o enfermero de salud mental:

3. ¿Cuánto tiempo lleva tratando a este paciente? _____

4. ¿Con qué frecuencia ve a este paciente?

   □ diariamente □ semanalmente □ mensualmente □ otro (indicar frecuencia)_____

5. Indique la fecha aproximada en que la discapacidad/necesidad especial inició: _____ E indique la posible duración de la condición:

   □ Permanente □ Por lo menos un año; pero no permanente □ 6 meses a 1 año □ 6 meses o menos

La pregunta 6 debe completarse independientemente del tipo de profesional que complete el formulario:

6. Documentación que debe adjuntarse a este formulario de verificación:

   □ Una carta con el membrete oficial del profesional que completa este formulario que contenga información específica sobre la discapacidad o necesidad especial del niño. Esta carta debe abordar cada uno de los puntos que se indican a continuación:

   - identificación de la discapacidad o necesidad especial del niño;
   - explicación de la relación entre la discapacidad/necesidad especial y la cantidad de tiempo recomendada para el programa de cuidado de niños, en la que se debe incluir la cantidad de días por semana y de horas por día (por ej., más de 6 horas por día o menos de 6 horas por día); y
   - explicación de la forma en que el niño se beneficiará de estar inscripto en un programa de educación temprana y/o de cuidado fuera del horario escolar. Con la finalidad de demostrar el beneficio para el niño, el EEC espera recibir un informe sobre la forma en que el programa impactará positivamente y/o mejorará la discapacidad o necesidad especial del niño. Si quien completa el presente formulario es un Director de Intervención Temprana o un Director de Educación Especial, la carta debe **explicar de qué forma el Plan 504, IFSP o PEI es insuficiente y/o cómo el cuidado de niños que presta el EEC complementará** el apoyo proporcionado por el Departamento de Educación Primaria y Secundaria o el Departamento de Salud Pública.

7. Si este formulario lo completó un Director de Intervención Temprana, adjunte un IFSP vigente a fin de verificar la participación activa en la Intervención Temprana.

8. Si este formulario lo completó un Director de Educación Especial, es necesario proporcionar un IEP y/o un Plan 504 vigente a fin de verificar la participación en un programa público de Educación Especial.

Firma del profesional: _____ Fecha: _____

Escriba en letra imprenta

Nombre:_____ Cargo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Tenga en cuenta que un representante del EEC puede ponerse en contacto con usted para verificar esta información. El EEC se reserva el derecho de denegar o rechazar un reclamo de discapacidad/necesidad especial si el formulario de verificación y/o sus documentos adjuntos solicitados están incompletos o se consideran insuficientes. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con la Unidad de Asistencia Financiera del EEC (617-988-6600).

SECCIÓN II: DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS **(para que complete el padre o la madre)**

Estoy solicitado asignación de vacante en el programa de cuidado y educación temprana a tiempo completo del Departamento de Cuidado y Educación Temprana debido a la discapacidad o necesidad especial de mi hijo. Autorizo al profesional *(categorías enumeradas arriba)* identificado en la Sección I a divulgar la información que se solicita en este formulario de la siguiente persona: _____. También autorizo al profesional a compartir los registros médicos u otra información sobre la discapacidad y/o necesidad especial indicada en la Sección I con el Administrador del Subsidio y/o el EEC, a fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera para el cuidado de niños. Además, autorizo al Administrador del Subsidio y/o al EEC a ponerse en contacto con el profesional indicado en la Sección I a fin de verificar la información suministrada en el presente formulario y a fin de analizar el diagnóstico de la discapacidad/necesidad especial **según resulte necesario en el marco de los servicios de cuidado y educación temprana.**

En este formulario se autoriza al profesional a divulgar la mayor parte de la información médica o de salud con la siguiente excepción. El profesional identificado en la Sección I no está autorizado a divulgar la información médica o de salud que se indica a continuación, a menos que ello esté expresamente autorizado. Seleccione la casilla junto a cada uno de los siguientes puntos si autoriza expresamente al profesional a compartir la información descrita en cada uno de los puntos que seleccione.

- ☐ Autorizo al profesional identificado en la Sección I a compartir información sobre la condición de SIDA/VIH.
- ☐ Autorizo **al** profesional identificado en la Sección I a compartir información sobre el consumo de drogas o alcohol.
- ☐ Autorizo al profesional identificado en la Sección I a compartir información sobre trastornos psicológicos/psiquiátricos.

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF CHILD / VERIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD/NECESIDAD ESPECIAL DEL NIÑO

Entiendo que la divulgación de los registros médicos tiene un año de validez a partir de la fecha en que se firma, la que figura a continuación, salvo que la haya anulado por escrito con anterioridad a la fecha en que finalice su validez.

Entiendo que puedo anular la divulgación de registros médicos en cualquier momento mediante el envío de una carta al profesional identificado en la Sección I.

También entiendo que, incluso si anulo esta autorización, el/la profesional no puede recuperar información que haya compartido con el Administrador del Subsidio y/o el EEC cuando estaba autorizado/a para hacerlo.

Además, entiendo que mi decisión de autorizar al profesional identificado en la Sección I a compartir información médica con el Administrador del Subsidio y/o el EEC es voluntaria. Sin embargo, entiendo que, si no autorizo al profesional a compartir información médica con el Administrador del Subsidio y/o el EEC, no será posible tomar una decisión con respecto a la discapacidad y/o necesidad especial de mi hijo y la elegibilidad de mi hijo para recibir asistencia financiera para el cuidado de niños se decidirá sin tener en cuenta la discapacidad o necesidad especial reclamada. Entiendo que el EEC puede denegar o rechazar este reclamo de discapacidad/necesidad especial si el formulario de verificación y/o sus documentos adjuntos solicitados están incompletos o se consideran insuficientes.

Firma del padre o de la madre: _____ Fecha: _____

Escriba en letra imprenta

Nombre del padre o de la madre: _____ Nombre y edad de su hijo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

El otro progenitor: _____

Dirección (si es diferente a la indicada precedentemente) _____ Teléfono: _____

EL PRESENTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD Y ENVIARSE AL ADMINISTRADOR DEL SUBSIDIO. TAMBIÉN SE ACONSEJA QUE EL PROFESIONAL MÉDICO Y LOS PADRES GUARDEN UNA COPIA DEL FORMULARIO PARA SUS REGISTRO PERSONAL.

DE HABER OTRO(S) NIÑO(S) EN EL HOGAR QUE NO ESTÉ(N) IDENTIFICADO(S) COMO NIÑO(S) CON NECESIDADES ESPECIALES, SU NECESIDAD DE SERVICIO SE BASARÁ ÚNICAMENTE EN LA ADMISIBILIDAD DE LOS PADRES PARA LA NECESIDAD DE SERVICIO A TIEMPO COMPLETO O PARCIAL.