THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE/ DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)
SUBSIDIZED CHILD CARE/ CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT/
VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD/NECESIDAD ESPECIAL DE LOS PADRES

El Departamento de Educación y Cuidado Temprano (EEC) es la Agencia Líder en la Mancomunidad responsable de administrar el Fondo de Desarrollo de Cuidado Infantil (CCDF), que es una subvención federal en bloque que brinda asistencia financiera a familias trabajadoras de bajos ingresos que buscan educación temprana de alta calidad y programas de cuidado del tiempo fuera de la escuela en Massachusetts. [1]**La asistencia financiera para el cuidado de los niños financiada por el CCDF no es un derecho. El cuidado infantil financiado por CCDF no estará autorizado con el fin de proporcionar cuidado de relevo** (por ejemplo,[2] para darle a un padre tiempo libre de la crianza de los hijos).[3]

Se puede proporcionar Asistencia Financiera para el cuidado infantil a familias de Massachusetts que cumplan con los criterios de elegibilidad de ingresos de EEC y confirmen que están participando en una actividad de servicio aprobada de empleo, educación y/o capacitación. Caso por caso, la asistencia financiera para programas de educación y cuidado temprano puede estar disponible para un niño cuyo padre tiene una discapacidad documentada/necesidad especial porque el niño está recibiendo o en riesgo de recibir servicios de protección basados en que el padre: (1) **no puede** trabajar o **no puede** participar en un programa educativo y/o de capacitación; y (2) no puede proporcionar un entorno seguro para el cuidado de su(s) hijo(s) debido a su discapacidad/necesidad especial. También se puede considerar para un Padre que está proporcionando cuidado a tiempo completo para un niño con una discapacidad/necesidad especial, lo que requiere el cuidado de su (s) otro (s) hijo (s); en tales circunstancias, el progenitor solicitará una variación, de conformidad con la política EEC.

El propósito de este formulario de verificación es triple (1) para verificar la existencia de la discapacidad/necesidad especial del padre; (2) explicar cómo la discapacidad/necesidad especial impide que el padre trabaje o participe en otra actividad aprobada por la CEE; y (3) explicar cómo la discapacidad/necesidad especial afecta la capacidad de los padres para proporcionar un entorno seguro para el cuidado de su(s) hijo(s), teniendo en cuenta las edades y necesidades del(los) niño(s). **Tenga en cuenta:** Los padres con una discapacidad física o mental documentada/necesidad especial pueden no estar autorizados para más de **dos años** de cuidado infantil. La elegibilidad basada en la discapacidad/necesidad especial de los padres más allá de los dos años debe ser aprobada por escrito por la EEC.

SECCIÓN I: VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD/NECESIDADES ESPECIALES

(debe ser respondido por el profesional)

La persona identificada a continuación ha declarado que es **no puede** participar en una actividad de necesidad de servicio aprobada por la CEE, como el trabajo, la escuela o la capacitación debido a su discapacidad/necesidad especial. Ha solicitado a EEC que proporcione asistencia financiera para inscribir a su(s) hijo(s) en un programa de educación y cuidado temprano porque no puede trabajar y no puede proporcionar un entorno seguro para el cuidado de su(s) hijo(s). Por favor, complete la información a continuación para ayudarnos a determinar cómo podríamos satisfacer mejor las necesidades de esta familia.

Quién puede responder este formulario:

- Si la discapacidad/necesidad especial resulta de un problema de salud física, este formulario debe ser llenado por un médico con licencia, asistente médico o enfermera practicante.

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

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE/ DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)
SUBSIDIZED CHILD CARE/ CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO
VERIFICATION OF DISABILITY/SPECIAL NEED OF PARENT/
VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD/NECESIDAD ESPECIAL DE LOS PADRES

- Si la discapacidad/necesidad especial resulta de un problema de salud emocional o mental, este formulario puede ser llenado por un (1) psiquiatra con licencia actual, (2) psicólogo de nivel de doctorado o (3) enfermera psiquiátrica.

1. Su rol profesional (*marque uno - solo los profesionales en los roles enumerados aquí pueden completar este formulario de verificación*):

   □Médico □Psiquiatra □Psicólogo

   □Enfermera Practicante □Enfermera Psiquiátrica □Asistente del Médico

2. Nombre de Madre/Padre: _____ Fecha de Nacimiento _____

3. Nombre(s) completo(s) del(los) niño(s), incluyendo fecha(s) de nacimiento:
   _____
   _____
   _____
   _____

4. Naturaleza de la(s) necesidad(es)/discapacidad especial(es) de los **PADRES** *(marque todas las que correspondan):*

   □Discapacidad física/necesidad especial;
   □Discapacidad de salud mental/necesidad especial; o
   □Otra discapacidad/necesidad especial.

5. ¿Cuánto tiempo llevas tratando a esta persona? _____

6. ¿Con qué frecuencia ve a esta persona?

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

7. ¿Cómo afecta la discapacidad/necesidad especial su capacidad para cuidar al niño(s) que necesita acceso a un programa de educación y cuidado temprano? {Selecciona todos los que apliquen}

   □El padre está en tratamiento durante el día: _____ días/semana y _____ horas/día;

   □La necesidad/discapacidad especial de los padres impide la provisión de un ambiente seguro durante el día; o

   □Otros _____

8. Indique la fecha aproximada en que comenzó la discapacidad/necesidad especial: _____ E indique la duración probable de la afección:

   □Permanente□ Al menos 1 año, pero no permanente □6 meses hasta 1 año □6 meses o menos

9. Documentación requerida para adjuntar a este formulario de verificación:

   ☐ Una carta en papel con membrete oficial del profesional de la salud que completa este formulario con información específica sobre la discapacidad/necesidad especial. Esta carta debe incluir una respuesta a TODOS los siguientes:

   - identificación de la discapacidad/necesidad especial de su paciente;
   - explicación de cómo la afección impide que su paciente trabaje o participe en programas de educación o capacitación;
   - explicación de cómo la discapacidad/necesidad especial de su paciente afecta su capacidad para proporcionar un **entorno seguro** para el cuidado de su(s) hijo(s) durante cualquier parte del día, teniendo en cuenta la(s) edad(es) y las necesidades del(s) niño(s), e identificar quién está cuidando al niño durante la parte restante del día cuando el niño no está subsidiado.
   - la cantidad de tiempo que se necesita para atender a la discapacidad/necesidad especial y/o para proporcionar un entorno seguro para sus hijos, incluido el número de días a la semana y las horas por día que se necesitan servicios de educación y atención temprana.

Firma del Profesional: _____ Fecha: _____

Escribir en letra de imprenta

Nombre: _____ Titulo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de Licencia: _____

Este formulario debe completarse en su totalidad. Tenga en cuenta que un representante de la EEC puede ponerse en contacto con usted para verificar esta información. EEC se reserva el derecho de denegar o rechazar una reclamación de discapacidad/necesidad especial si el formulario de verificación y/o sus anexos requeridos están incompletos o se consideran inadecuados. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con la Unidad de Asistencia Financiera de la CEE al 617-988-6600.

SECCIÓN II: LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS **(a completar por el padre/Cuidador)**

Estoy solicitando asistencia financiera para el cuidado infantil basado en mi discapacidad/necesidad especial. Autorizo al profesional identificado en la Sección I a divulgar la información solicitada en este formulario y también autorizo al profesional a compartir registros médicos u otra información sobre mi discapacidad y/o necesidad especial enumerada en la Sección I con la EEC para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera de cuidado infantil. Además, autorizo a la EEC a ponerse en contacto con el profesional identificado en la Sección I para verificar la información proporcionada en este formulario y para discutir su diagnóstico de mi

discapacidad y/o necesidad especial en lo que **se aplica a la necesidad de servicios de educación y atención temprana.**

Este formulario autoriza al profesional a divulgar la mayor parte de la información médica o de salud con las siguientes excepciones. El profesional identificado en la Sección I no puede divulgar la siguiente información médica o de salud, a menos que dicha divulgación esté autorizada. Marque la casilla junto a cada elemento a continuación si autoriza específicamente al profesional a compartir la información descrita en el mismo.

- ☐ Autorizo al profesional identificado en la Sección I a compartir información sobre el estado 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.

Entiendo que esta divulgación de registros médicos es válida por un año a partir de la fecha firmada a continuación, a menos que haya cancelado la liberación por escrito antes de su vencimiento.

Entiendo que puedo cancelar esta divulgación de registros médicos en cualquier momento enviando una carta al profesional identificado en la Sección I.

También entiendo que, incluso si cancelo este comunicado, el profesional no puede desdecirse de ninguna información que haya compartido con EEC cuando tenía la autorización para hacerlo.

Además, entiendo que mi decisión de autorizar al profesional identificado en la Sección I a compartir información médica con la EEC es voluntaria. Sin embargo, entiendo que si no autorizo al profesional a compartir información médica con EEC, no se puede hacer una determinación con respecto a mi discapacidad y/o necesidad especial y la elegibilidad de mi hijo para la asistencia financiera de cuidado infantil se decidirá sin tener en cuenta mi discapacidad/necesidad especial. Entiendo que EEC puede denegar o rechazar mi reclamo de discapacidad/necesidad especial si el formulario de verificación y/o sus anexos requeridos están incompletos o se consideran inadecuados.

Firma de Madre/Padre: _____ Fecha: _____

Escribir en letra de imprenta

Nombre de Madre/Padre: _____ Nombre y edad del niño: _____

Dirección: _____Teléfono: _____

Segundo Padre_____

Dirección (si es diferente de la anterior) _____ Teléfono:_____

ESTE FORMULARIO DEBE DEVOLVERSE A LA CEE. TAMBIÉN SE ACONSEJA QUE EL PROFESIONAL MÉDICO Y EL PADRE CONSERVEN UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS PROPIOS ARCHIVOS.