

خصوصی ضروریات کے حامل بچوں کی نگہداشت کی درجہ بندی کی درخواست
Special Needs Child Care Rate Request

بچے کی تاریخ پیدائش		بچے کا نام (واضح حروف)
کلائنٹ آئی ڈی #		والدین کا نام (واضح حروف)
ٹیلیفون #	فراہم کنندہ #SSPS	نگہداشت اطفال فراہم کنندہ کا نام (واضح حروف)
<p>خصوصی ضروریات حامل بچوں کو عام طور پر جسمانی، جذباتی یا ذہنی چیلنجز درپیش ہوتے ہیں جو ان کی زندگی کی ایک یا زیادہ اہم سرگرمیوں کو محدود کر دیتے ہیں۔ زندگی کی بنیادی سرگرمیوں کا مطلب سانس لینا، سننا، دیکھنا، بولنا، چلنا، بازوؤں اور ہاتھوں کا استعمال کرنا، سیکھنا اور کھیلنا ہے۔ اگر دستیاب ہو تو متعلقہ طبی اور/یا ذہنی صحت کی تشخیص کا اندراج کریں۔</p>		

برائے مہربانی بچے کی حالت کی شدت اور بچے کی نگہداشت کے ماحول میں درکار نگہداشت کی سطح کی معاونت کرنے کے لیے دستاویزات منسلک کریں۔ دستاویزات لازماً درج ذیل کی جانب سے ہونی چاہیے:

ایک فرد جو بچے کی نگہداشت کی سہولت کی جانب سے ملازم نہیں ہے، اور نہ ہی بچے کے خاندان کا کوئی رشتہ دار؛ اور صحت، ذہنی صحت، تعلیم، یا سماجی خدمت کا پیشہ ور کم از کم ماسٹر ڈگری یا رجسٹرڈ نرس کے ساتھ معاون دستاویزات کی مثالیں جو قبول کی جا سکتی ہیں ان میں ہیں:

انفرادی رہائش کا منصوبہ (Individual Habilitation Plan (IHP))، انفرادی تعلیمی منصوبہ (Individual Education Plan (IEP))، انفرادی خاندانی خدمت کا منصوبہ (Individual Family Service Plan (IFSP))، صحت کے ریکارڈ، دماغی صحت کے جائزے۔

بچے کی ضروریات

فراہم کنندہ کی جانب سے مکمل کیا جائے:

اس بچے کی مخصوص ضروریات کو بیان کرنے کے لیے برائے مہربانی اس جگہ کو استعمال کریں اور آپ ان کی مدد کیسے کریں گے۔ برائے مہربانی مخصوص مثالیں استعمال کریں۔ کوئی بھی کام شامل کریں جو آپ انجام دیں گے جس کے لیے اوپر اور اس سے آگے اضافی نگہداشت کی ضرورت ہے جو آپ اپنی دیکھ بھال میں اسی عمر کے ایک عام بچے کے لیے کرتے ہیں۔

والدین کا نام:	بچے کا نام:	کلائنٹ آئی ڈی:
بچوں کی نگہداشت کی درجہ بندی کی درخواست		
<p>معمول کی درجہ بندی کے علاوہ آپ جس چائلڈ کیئر درجہ بندی کی درخواست کر رہے ہیں، وہ کیا ہے؟</p> <p><input type="checkbox"/> فی گھنٹہ <input type="checkbox"/> روزانہ <input type="checkbox"/> ہفتہ وار <input type="checkbox"/> ماہانہ</p> <p>برائے مہربانی نوٹ فرمائیں: DCYF تمام لیول 2 کی خصوصی ضروریات کی ادائیگی کے ریٹس کو <u>گھنٹہ وار ریٹس</u> میں تبدیل کرتا ہے جو WACs 110-15-0225، 110-15-0230، اور 110-15-0235 میں بیان کردہ زیادہ سے زیادہ ریٹس کی حدود کے تابع ہیں۔</p> <p>آپ کس قسم کے بچوں کے نگہداشت فراہم کنندہ ہیں؟</p> <p><input type="checkbox"/> خاندان، دوست، اور پڑوسی (FFN) <input type="checkbox"/> لائسنس یافتہ فیملی ہوم (LFH) <input type="checkbox"/> لائسنس یافتہ سینٹر</p> <p>کیا کوئی اس بچے کی بالمشافہ نگہداشت کے لیے وقت وقف کرے گا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں</p> <p>اگر ہاں، تو اس فرد کا نام جو بالمشافہ دیکھ بھال فراہم کر رہا ہے:</p>		

اس فارم پر دستخط کر کے، میں خصوصی ضروریات کی شرح کے لیے اپنی درخواست کو تسلیم کرتا ہوں:

والدین کے دستخط	تاریخ
نگہداشت اطفال فراہم کنندہ کے دستخط	تاریخ

درج ذیل ایجنسیاں آپ اور آپ کے بچے کے لیے وسائل کی معلومات فراہم کر سکتی ہیں:

عمر رسیدہ اور معذوری کی خدمات کی انتظامیہ (Aging and Disability Services Administration) <http://www.aasa.dshs.wa.gov> 1-800-422-3263

دی آرک آف ڈبلیو (The Arc of WA)، والدین سے والدین، <http://www.arcwa.org>، 1-888-754-8798

ابتدائی مداخلت کی خدمات، پیدائش سے تین تک www.withinreachwa.org، 1-800-322-2588

چائلڈ کیئر اوپنر آف واشنگٹن (Child Care Aware of Washington)، <http://wa.childcareaware.org/>، 1-800-446-1114

خصوصی تعلیمی خدمات، پبلک سکول سسٹم