Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk
(Suffolk County Department of Social Services, SCDSS)
Agencia de Cuidado Infantil (Child Care Bureau) de FCSA

SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO ADICIONAL PARA UN NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES

Para: Child Care Unit
3455 Veteran's Memorial Highway
Ronkonkoma, NY 11779

Fecha: _____

Nombre del centro de cuidado infantil: _____

Asunto: Nombre del caso: _____

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Deben completarse todas las secciones y debe presentarse la documentación correspondiente para procesar la solicitud de forma oportuna.

Credenciales del proveedor

- ☐ Matriculado
- ☐ Registrado
- ☐ Certificado

Dirección del proveedor:

Dirección donde se proporciona el cuidado infantil: _____

_____

Id. del proveedor

Id. del proveedor del SCDSS: _____

Otros servicios del programa

En la medida de su conocimiento, ¿el niño recibe servicios del programa autorizados por alguno de los siguientes?

- **Artículo 89 de la Ley de Educación:** ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
- **Programa de Rehabilitación Médica para Niños con Discapacidades (Medical Rehabilitation Program for Handicapped Children):** ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

Formulario de divulgación

☐ Formulario de divulgación adjunto firmado por el padre/la madre del niño o el cesionario para permitir que se proporcione y se divulgue información al Departamento de Servicios Sociales.

P.O. BOX 18100
HAUPPAUGE, NY 11788-8900
www.suffolkcountyny.gov/departments/socialservices
N.º de fax de la Unidad de Cuidado Infantil (Child Care Unit): (631) 854-3331

Otros niños con necesidades especiales

¿Hay algún otro niño con necesidades especiales aprobado para recibir financiamiento adicional por parte de este Departamento en la dirección donde este niño recibe cuidado?

☐ No

☐ Sí. Indique los nombres: _____

_____

Solicitud de financiamiento

Indique si el financiamiento de necesidades especiales es un monto único para costos adicionales específicos relacionados con el niño con necesidades especiales, o costos recurrentes, y cuánto se solicita.

☐ **Costos adicionales únicos.** Monto: $_____

☐ **Costos recurrentes. Monto:**

Tarifa semanal: $ _____ **Tarifa diaria: $** _____

Tarifa de medio día: $ _____ **Tarifa por hora**: $_____

Justificación del proveedor para obtener una tarifa de necesidades especiales

Verificación adjunta de los costos o servicios adicionales relacionados con el niño con necesidades especiales mencionado más arriba. Los costos deben identificarse como costos recurrentes o costos únicos. Debe incluirse una justificación de estos costos. Si se incurrirá en costos de personal adicionales, el único monto que puede incluirse es el tiempo estimado necesario para el niño con necesidades especiales. Los costos deben estar directamente asociados con la provisión de cuidado infantil adecuado para el niño con necesidades especiales únicamente.

☐ **Compra o alquiler de equipo**.

Justificación: _____

_____

☐ **Mantenimiento del aparato que brinda asistencia para respirar, alimentarse o ir al baño.**

Justificación: _____

_____

☐ **Supervisión de actividades físicas, como actividades de estimulación y de seguimiento para niños pequeños recomendadas por un terapeuta, médico u otro especialista.**

Justificación: _____

_____

☐ **Modificaciones menores en el entorno para que sea adecuado para un niño en particular (p. ej., pasamanos).**

Justificación: _____

_____

☐ **Materiales y suministros para usarlos con un niño de forma rutinaria según las recomendaciones de un terapeuta, médico u otro especialista.**
Justificación: _____
_____

☐ **Aumento en los costos de servicios públicos debido al uso de máquinas terapéuticas, como respiradores.**
Justificación: _____
_____

☐ **Transporte de niños de ida y vuelta a las sesiones de terapia indicadas.**
Justificación: _____
_____

☐ **Personal adicional cuando sea necesario para permitirle al encargado del cuidado que trabaje de forma individualizada con un niño durante períodos de tiempo programados.**
Nombre del empleado: _____ Fecha de contratación: _____
Justificación: _____
_____

☐ **El aumento del tiempo y de la atención necesarios para proporcionar un cuidado adecuado es tal que un proveedor de cuidado infantil no puede aceptar otros niños.**
Justificación: _____
_____

☐ **Otro, explicar:** _____
Justificación: _____
_____

Comentarios, explicación o información adicional:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Persona que completa esta solicitud:

Nombre (en letra de molde): _____

Puesto: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Firma: _____

P.O. BOX 18100
HAUPPAUGE, NY 11788-8900
www.suffolkcountyny.gov/departments/socialservices
N.º de fax de la Unidad de Cuidado Infantil (Child Care Unit): (631) 854-3331