



Estimado padre, madre o cuidador:

El Condado de Boulder ha adoptado un programa de pagos variables para los niños que se ha determinado que tienen necesidades adicionales de cuidado y que están recibiendo beneficios de asistencia para el cuidado infantil. Es posible que también se puedan pagar tarifas de necesidades de cuidado adicional por un niño que tiene entre 13 y 19 años y que no puede cuidar de sí mismo.

Un niño con necesidades especiales se define como:

- Un niño que tiene una afección física o mental que ha sido verificada por un médico u otro profesional apropiado. Una tarifa más alta de necesidades especiales se negociará para cada niño y se relacionará con una razón específica para otorgar la tarifa más alta. Por ejemplo, un niño puede necesitar atención constante debido a una afección social/emocional, sensorial, física o mental.

Si usted o su proveedor consideran que su hijo tiene una necesidad especial, se requiere la siguiente información:

1. Un médico u otro profesional apropiado debe evaluar a su hijo. Después de la evaluación, pida al médico u otro profesional apropiado que llene el formulario del Proveedor de Cuidados de Salud que se incluye en este paquete con respecto al tipo y la gravedad de las necesidades especiales del niño y el cuidado adicional que es necesario para satisfacer sus necesidades.
2. Llene el formulario adjunto de Evaluación de Necesidades Especiales.
3. Pida a su proveedor de cuidados infantiles que complete el Plan de Cuidado Individual.
4. Si su hijo tiene una evaluación neuropsicológica, IFSP, plan conductual, IEP o plan 504, incluya las copias más recientes con el paquete.
5. Firme el formulario adjunto de Autorización Médica.

El Gerente del CCAP del Condado de Boulder o la Junta Asesora de Tarifas para Necesidades de Cuidado Adicional, revisará todas las solicitudes de tarifa de necesidades adicionales, una vez que toda la documentación requerida haya sido completada y devuelta a nuestra oficina. Esta información no será divulgada a nadie sin su consentimiento específico por escrito; sólo se utiliza para establecer la tarifa de pago que corresponda a su proveedor. Esto no es una garantía de que se aprobarán y pagarán las tarifas de necesidades especiales a su proveedor de cuidados infantiles. No es obligatorio que el condado pague tarifas más altas por los niños con necesidades especiales.

Si tiene alguna pregunta acerca de este formulario, comuníquese con el Gerente del CCAP al 303.441.1000 o ccap@bouldercounty.org atención: CCAP Manager en el renglón de asunto.

Devuelva el formulario depositándolo en un buzón o enviándolo por correo a Boulder County CCAP: 515 Coffman St., Longmont CO 80501 o escriba por correo electrónico a ccap@bouldercounty.org (escriba Special Needs App en la línea del asunto).



PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL, NECESIDADES ADICIONALES DE CUIDADO, CCAP DE BOULDER

El proveedor de cuidados infantiles debe llenar la siguiente sección:

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento del niño/a: ____/____/____

Nombre del padre, madre o cuidador: _____

Nombre del proveedor de cuidados infantiles: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Núm. de proveedor de CCAP: _____

Para revisar la solicitud de necesidades especiales del cliente antes mencionado, este formulario debe ser llenado en su totalidad y devolverse al CCAP del Condado de Boulder.

Proporcione la siguiente información sobre los servicios o necesidades especiales que el niño requiera mientras esté bajo su cuidado. Al contestar estas preguntas, tenga en cuenta que se pueden pagar tarifas de necesidades especiales en caso de que el niño que usted está cuidando requiera más atención de la que usted normalmente proporcionaría a otros niños. Se requiere que un médico u otro profesional apropiado verifique el estado médico o físico del niño.

¿Qué días y en qué horario asiste el niño a su centro?

¿Desde hace cuánto tiempo asiste el niño a su centro?

Explique por qué cree usted que este niño requiere cuidado adicional.

¿Qué estrategias ha utilizado hasta ahora para satisfacer las necesidades del niño?

¿Ha contratado personal adicional para satisfacer las necesidades del niño o tiene que asignar personal adicional durante el horario que este niño está bajo su cuidado? SÍ NO
En caso afirmativo, ¿en qué carácter?

¿Ha recibido alguna capacitación especial de un médico o de los padres/cuidadores para proporcionar tratamiento médico/cuidado al niño? SÍ NO

¿Con qué frecuencia proporciona apoyo médico especial?
A DIARIO Más de una vez al día una vez a la semana una vez al mes varía

Si la atención médica especial varía, explique con qué frecuencia se administra el tratamiento y qué tipo de tratamiento se necesita:



EVALUACIÓN DE PROVEEDORES p. 2

El proveedor de cuidados infantiles debe llenar la siguiente sección:

Describa los cambios en su rutina normal que usted haya hecho, si acaso, para satisfacer las necesidades de este niño. (Ejemplo: un horario diferente de comida, un plan conductual que se haya implementado u otros servicios de intervención temprana).

Adaptaciones del centro o proveedor

Describa la supervisión extra que debe tener con este niño.

Describa las modificaciones físicas que haya hecho a su casa/centro para atender a este niño con necesidades especiales.

¿Con qué habilidades de cuidado personal necesita ayuda este niño que no son comunes en un niño de esta edad (ejemplos: ir al baño, comer, aspecto social/emocional o comunicación)?

¿Cuánto tiempo dedica cada día a la prestación de estos servicios?:

Comente sobre las diferentes habilidades o actividades que utiliza para satisfacer las necesidades de este niño.

Derivaciones

¿Se ha derivado al niño a una evaluación de desarrollo, otra evaluación o intervención temprana por medio de Imagine! o de la oficina local de Child Find? En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado?:

¿Tiene el niño un IFSP, IHP, plan conductual, IEP o plan 504?

Adaptaciones que ha tenido que hacer en su centro/casa que se alinean con las adaptaciones y metas del plan conductual, IEP o plan 504:

Apoyos emocionales, conductuales y sociales

Describa los juegos o conductas interpersonales que son preocupantes y cómo los trata usted como centro/proveedor.

EVALUACIÓN DE PROVEEDORES p. 3

El proveedor de cuidados infantiles debe llenar la siguiente sección:

Nombre de niño/a: _____

Nombre del padre, madre o cuidador: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: ____/____/____

Actividad o habilidad: compare las habilidades, conductas y necesidades médicas de su hijo con las de otros niños de edad similar. Sin problemas ni momentos difíciles.	Sin problemas	1-4 veces por mes	1-2 veces por día	2-5 veces por día	Más de 5 veces por día
Necesita ayuda: para vestirse: ponerse los zapatos					
ponerse el abrigo o chaqueta					
Para lavarse las manos					
Cepillarse los dientes					
Ir al baño					
Comer: Dieta para necesidades especiales: S o N					
Alergias a los alimentos: S o N					
El niño: ¿Tiene dificultades para compartir?					
¿Tiene rabietas verbales?					
¿Muerde a otros?					
¿Golpea a otros?					
¿Arroja o rompe cosas cuando está enojado?					
¿Discute cuando se le dan instrucciones?					
¿Se niega a seguir las instrucciones que le da un adulto?					
¿Puede el niño correr, saltar, trepar sin dificultad?					
Dificultades auditivas					
El habla del niño es comprensible					
¿Con qué frecuencia se administran los medicamentos?					
¿Con qué frecuencia se administra el tratamiento ordenado por un médico?					
¿Fisioterapia?					
¿Hay que cambiar apósitos o vendajes?					
¿Tratamientos respiratorios o de inhalación?					
Otro: especificar:					
¿Con qué frecuencia se limitan las actividades al aire libre?					
¿Se necesita un adulto adicional para que ayude con el niño?					
¿Se usa algún equipo especial de adaptación?					
¿Tiene problemas para dormir (mojar la cama, sonambulismo, pesadillas, terrores nocturnos)?					
Otras alergias conocidas:					



EVALUACIÓN DE PROVEEDORES p. 4

El proveedor de cuidados infantiles debe llenar la siguiente sección:

Nombre de niño/a: _____

Nombre del padre, madre o cuidador: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: ____/____/____

Indique el diagnóstico médico específico que tenga el niño:

Anote los medicamentos que se administran actualmente:

¿Un terapeuta de salud mental u otro terapeuta ve al niño?: S o N

Información adicional:

Entiendo que todas las solicitudes de necesidades especiales son revisadas por el CCAP del Condado de Boulder. Las tarifas de necesidades especiales no están garantizadas y varían según el tipo y la gravedad de las necesidades del niño.

Firma del proveedor/ Fecha

Firma del padre, madre o cuidador / Fecha



Date:

Dear Health Care Provider,

The CCAP participant listed below has indicated that he/she has additional care needs child that requires a higher level of child care due to a medical, physical or emotional condition. In order to appropriately determine the level of care that is needed, we need some information from you. We want to thank you in advance for promptly completing and returning this form to us.

Parent/ Adult Caretaker Printed Name: _____

Child Name: _____ Child Date of Birth_____/_____/_____

Parent/Adult Caretaker Signature: _____

To be filled out by the Health Care Provider:

Please indicate the functionality level of the child by checking the appropriate box that best describes the child and explain the level of care that is necessary to accommodate him/her.

Mild- Special Needs:

Child exhibits repeated disruption to other children due to emotional/ behavioral/ developmental difficulties or has medical needs which requires close supervision.

Explain:

Moderate- Special Needs:

Child has a mental health diagnosis, behavioral difficulties and/or developmental delays that require intermittent one on one assistance and /or supervision, moderate medical problems such as tendency to choke. List diagnosis:

Explain:

Severe- Special Needs:

Child has mental health diagnosis, behavioral difficulties that require redirecting behavior, behavior modification, developmental delays or serious medical condition requiring specialized training. Child requires one on one assistance or supervision to keep

the child safe and to provide safety to others. Child has severe medical needs such as a feeding tube. Child displays sexual or physical aggression and /or has a history of fire setting.



HEALTHCARE PROVIDER ASSESSMENT pg.2

To be filled out by the Health Care Provider:

List diagnosis:
Explain:

Is attributable to developmental delays or related conditions which include cerebral palsy, epilepsy, autism or other neurological conditions when such conditions result in either impairment of general intellectual functioning or adaptive behavior similar to that of a person with developmental delays.
If yes, condition:

Does the child have an Intellectual or Developmental Disability? Please list:

Has an IQ assessment been completed (if so, type of testing & date):
IQ Score:

Describe the medical facts which support your certification; including a brief statement as to how the medical facts meet the criteria of one of the categories selected above:

State the approximate date the condition commenced and the probable duration of the condition.

If another provider of health services will provide any of these treatments (for example, physical therapist, occupational therapist, etc.), please state the nature of the treatments.

If a regimen of continuing treatment by the patient is required under your supervision, provide a general description of such regimen (for example, prescription drugs, physical therapy requiring special equipment, etc.):

If you have any questions regarding this form, please contact the CCAP Manager at 303.678.6014 or ccap@bouldercounty.org attention: CCAP Manager in subject line. Thank you again for completing this form.

Signature of Health Provider _____ Date __ __
Printed Name: _____ Title: _____
Address: _____
Phone: _____ Type of Practice: _____

Please return form to Parent/caretaker or mail to Boulder County CCAP: 515 Coffman St., Longmont, CO 80501 or email to ccap@bouldercounty.org (use Additional Care Needs App in subject line).