**Solicitud de Tarifa de Inclusión de Wisconsin Shares**

wisconsin shares inclusion rate request

Bajo la Sec. 51.30, Stats. La información y los registros de discapacidad son confidenciales. En general, solo pueden ser entregados a otros con el consentimiento del individuo, informado por escrito, si es competente, o del tutor. La regla abarca ambos, la información verbal y los registros de tratamiento.

**Nota para los padres:** Antes de enviar este formulario, analice las posibles oportunidades, sin costo, de capacitación o asistencia técnica, que pueden estar disponibles para su proveedor de cuidado infantil, por intermedio de recursos tales como su especialista de Birth to 3 (Nacimiento a los 3), proveedor de servicios de educación especial y/o médico.

**Uso del formulario:** Los padres utilizan este formulario para solicitar un monto de subsidio mayor del programa de Wisconsin Shares Subsidy (Subsidio de Wisconsin Shares). Si el monto mayor es aprobado, dicho monto es válido hasta la renovación anual, siguiente al doceavo (12.º) mes. Será necesario completar un nuevo formulario en cada renovación para evaluar las continuas y cambiantes necesidades del menor y determinar cualquier ajuste a los costos incurridos por el programa de cuidado infantil. Además, será necesario completar un nuevo formulario si los padres cambian de proveedor de cuidado infantil para documentar y verificar los costos para el nuevo programa de cuidado infantil.

La información personal que provea puede ser utilizada para propósitos secundarios. [Ley de privacidad, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

*Wisconsin Shares define “discapacidad” como: la necesidad emocional, conductual, física o personal que hace que una persona sea física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí misma o, cuidar de un niño, requiere más cuidado y supervisión de lo habitual de acuerdo a su edad, documentada por un médico, psicólogo, educador especial u otro profesional calificado con licencia. Una “discapacidad” incluye una discapacidad del desarrollo (Manual de Wisconsin Shares).*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Información general** | | | | | | | |
| Número de caso | Nombre del menor (apellido y nombre) | | | Fecha de nacimiento del menor | | | |
| Nombre del padre o madre / tutor | | | Número de teléfono del padre o madre / tutor | | | | |
| Nombre del proveedor | | | | | | | N.º de proveedor |
| Dirección del proveedor – (calle, ciudad, estado, código postal) | | | | | | | Fecha actual |
| 1. **Criterios de discapacidad (sección completada por el padre/la madre)** | | | | | | | |
| Describa brevemente la discapacidad del menor. | | | | | | | |
| El menor tiene: (Marque todas las que correspondan) | | | | | | | |
| a.  Un diagnóstico de un médico o médico  Verificación: Provea documentación del médico | | | | | | | |
| b.  Un Individualized Family Service Plan (IFSP) (Plan de Servicio Familiar Individualizado) del programa Birth to 3 (Del nacimiento a los 3)  Verificación: Favor de proveer una copia del IFSP del menor | | | | | | | |
| c.  Un Individualized Education Program (IEP) (Programa de Educación Individualizado) de un distrito escolar  Verificación: Favor de proveer una copia del IEP de su hijo | | | | | | | |
| d.  Un plan 504 *(un plan desarrollado para garantizar que se provean las adaptaciones para permitir que el menor participe plenamente en la escuela)*  Verificación: Favor de proveer una copia del plan 504 de su hijo | | | | | | | |
| e.  Otra (describa): | | | | | | | |
| Verificación: Favor de proveer la documentación necesaria | | | | | | | |
| Para todas las casillas marcadas, solicite documentos de verificación a un médico, educador especial u otro profesional licenciado, describiendo las adaptaciones y/o modificaciones requeridas en un entorno de cuidado infantil. | | | | | | | |
| **Certifico que la información que he provisto sobre la discapacidad de mi hijo es correcta a mi leal saber y entender.** | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  |
| **FIRMA** – Padre o madre / Tutor | | | | |  | | **FECHA** |
| **Nota: Padres / Tutores:** Es su responsabilidad enviar este formulario. Después de completarlo, favor de enviarlo al Wisconsin Shares Child Care Coordinator (Coordinador de cuidado infantil de Wisconsin Shares) o al trabajador de Wisconsin Shares Child Care authorization (Autorización de cuidado infantil de Wisconsin Shares) en su agencia local. | | | | | | | |
| 1. **Razón fundamental del proveedor (esta sección la completa el proveedor de cuidado infantil)** | | | | | | | |
| Los menores con discapacidades no califican automáticamente para un monto de subsidio más alto. En su lugar, el aumento de los montos es determinado por los trabajadores de la agencia local caso por caso, de acuerdo con la información provista por el padre o madre y el proveedor de cuidado infantil. La razón fundamental provista a continuación debe incluir una explicación de capacitación especializada, servicios o adaptaciones del entorno que se requieran para satisfacer las necesidades del menor o que estén por encima de las adaptaciones razonables. Si la razón fundamental no es descriptiva, el monto mayor puede ser denegado.  Si se aprueba un monto mayor, es responsabilidad del proveedor cumplir con todos los requisitos de la ley ADA. Para obtener más información sobre cómo aplica la ley ADA a los proveedores de cuidado infantil, visite <https://www.ada.gov/childqanda.htm>.  **Limitaciones de la tarifa de inclusión:** Las solicitudes de tarifas más altas se limitan a las necesidades del proveedor de cuidado infantil. La tarifa más alta no debe utilizarse para cubrir servicios de atención médica como: terapia ocupacional, fisioterapia o cuidado de enfermería. | | | | | | | |
| Provea una razón fundamental para el aumento del monto de subsidio solicitado. ¿Qué costos adicionales se incurrirán que no estén contabilizados en el monto del Wisconsin Shares subsidy (Subsidio de Wisconsin Shares) regular?  Monto por hora solicitado:  Razón fundamental: | | | | | | | |
| **Proveedores:** Si usted o su personal se beneficiaran con una capacitación adicional o asistencia técnica para brindar cuidados a este menor, analice las posibles opciones de capacitación y asistencia técnica con su consultor técnico de YoungStar. También puede visitar <https://dcf.wisconsin.gov/youngstar/eci> para obtener recursos sobre el cuidado de menores con discapacidades. | | | | | | | |
| **Certifico que la información que he provisto en la Sección 3 es correcta a mi leal saber y entender.** | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  |
| **FIRMA** – Proveedor de cuidado infantil | | | | |  | | **FECHA** |
|  | | | | | | | |
| 1. **Solo para uso de la agencia** | | | | | | | |
| Solicitud aprobada   * Fecha de aprobación de la solicitud:       La fecha en la que hace efecto la tarifa de inclusión es la fecha en que este formulario es aprobado y firmado por el representante de la agencia local. | | Solicitud no aprobada   * Razón de la denegación (necesaria si la solicitud no se aprueba): | | | | | |
| Comentarios de la agencia local | | | | | | | |
| **Firma** - Contacto de la agencia local | | | | | | Número de teléfono | |