FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

# YMCA CHILDCARE RESOURCE SERVICE

## DECLARACIÓN DE JUSTIFICACIÓN PARA EL AJUSTE A LAS CUOTAS PARA NIÑOS SEVERAMENTE DISCAPACITADOS

De acuerdo a la Ley para Personas con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), los proveedores de cuidado infantil no pueden cobrar cuotas especiales para aquellos niños quienes están Severamente Discapacitadas y quienes con adaptaciones razonables es todo lo necesario para integrar totalmente al niño a su programa.

Un niño que tiene derecho como un niño Severamente Discapacitado se define como uno que no es capaz mental o físicamente de cuidarse a sí mismo, de acuerdo a una verificación por parte de un médico o sicólogo certificado o con licencia, y quien requiere que se le proporcionen adaptaciones especiales con el cuidado infantil básico. Además, los niños "Severamente discapacitados" se definen como aquellos que sufren de autismo, ceguera, sordera, un impedimento ortopédico severo, un trastorno emocional serio o una discapacidad de desarrollo severa.

La definición de "adaptaciones razonables" está sujeta a las circunstancias únicas de cada situación. Por ejemplo, un proveedor de un cuidado infantil en el hogar durante el día quien puede recibir a un bebé sordo con la misma facilidad que a cualquier otro bebé, no tendrá derecho a ser reembolsado por dicho niño usando el factor de ajuste de cuidado a niños severamente discapacitados. El factor de ajuste para el Cuidado de un niño severamente discapacitado es 1.5 (Límite máximo de la cuota estándar x 1.5 =Límite máximo de la cuota de cuidados a niños severamente discapacitados).

He revisado la información arriba mencionada, y certifico que el cumplir con las necesidades del niño mencionado en esta declaración de justificación impondría una carga excesiva en mi programa de cuidado infantil, o fundamentalmente modificaría la naturaleza del programa. Por lo tanto tengo justificación en cobrar la tarifa de cuidados bajo horarios especiales para _____ (nombre del niño). Mi tarifa normal es de _____ por hora/día/semana/mes (ponga un círculo en su respuesta). La siguiente declaración menciona mi justificación por cobrar la Cuota de cuidados bajo horarios especiales:

Entiendo que si necesito mayor información en relación a la Ley para Personas con Discapacidades, puedo ponerme en contacto con el Programa local de Referencias y Recursos del YMCA Childcare Resource Service, 1-800-481-2151 (en el Condado de San Diego).

Nombre del proveedor:_____ Nombre del centro:_____

Firma del proveedor:_____

Domicilio: _____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

Número telefónico:_____

Entregue la solicitud a: YMCA Childcare Resource Service
Attn: AP Department Head
2602 Hoover Avenue #102
National City, CA 91950

For Office Use:
I, as a representative of the Alternative Payment Program have reviewed and am familiar with the Americans with Disabilities Act. I have reviewed the justification statement provided by the child care provider. I believe the justification provided by the child care provider supports the position that the cost of meeting the needs of the child named above would, in fact impose an undue burden on the needs of the child care program or would fundamentally alter the nature of the program. I therefore approve the payment of the premium care rate for _____(name of the child) effective_____ rate approved _____per hour/day/week/month(circle one).

Agency Representative:_____

Signature:_____

Date:_____