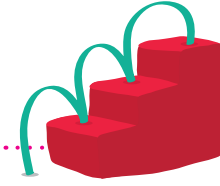


المسار من خلال برنامج البداية الأفضل "BETTER START"



الخطوة ١ - الإتصال المبني/الأولي

- إتصل بخدمة التسجيل والمعلومات (RIS) على الرقم: **1800 242 636**، وسيتم تحويلك إلى مستشار خدمة (RIS) المحلي في منطقتك
- يمكن لمستشار خدمة (RIS) التحقق من أهلية طفلك استناداً إلى العمر والتشخيص
- سيُخبرك مستشار خدمة (RIS) بالوثائق الضرورية المطلوبة للتسجيل (راجع الخطوة ٢)
- يمكنك تحديد موعد مع مستشار خدمة (RIS) لمساعدتك عبر إجراءات التسجيل. وقد يتم ذلك وجهًا لوجه أو عبر الهاتف أو كاميرا شبكة الإنترنت أو بالبريد الإلكتروني أو بموجب التواصل عبر الفيديو لينك.

الخطوة ٢ - إرسال الوثائق الضرورية

- يجب أن تكون لديك الوثائق التالية كي تتم عملية تقييم الأهلية:
- استمارة طلب تمت تعبئتها (من هذه النشرة)،
- رقم إشارة المُستفيد (CRN) الصادرة لطفلك عن سنترلينك،
- ما يُثبت عمر طفلك (كشهادة ولادة الطفل مثلاً أو جواز السفر أو وثيقة إثبات ولادة إعتماها سنترلينك)،
- إثبات خطي بتشخيص طفلكم مكتوب على ورقة رسمية ويحمل توقيع الطبيب الذي أجرى التشخيص. وبالنسبة للتلغف البصري والسمعي، يجب أن تُحدّد الوثيقة عطلاً وتلفاً متوسطاً (أو أعظم) وتذكره في الوثيقة،
- ما يُثبت وضعية تأشيرة الإقامة السكنية في البلاد (حيث ينطبق ذلك)؛ و
- ما يُثبت العنوان السكني ولربما كان ذلك عبارة عن فاتورة حديثة صادرة عن شركة خدمات ومنافع عامة أو إشعار ضريبة بلدي أو ما شابه.

الخطوة ٣ - كتاب التعريف

- بعد التحقق من أهلية طفلك، يتم حينئذ تزويدك بكتاب تعريف. وسيترتب عليك إبراز هذا الكتاب لكل مُورّد خدمة حين حضورك لأول موعد معه. وتُثبت هذه الرسالة أهليتك لتمويل التدخل المُبكر وتُتيح لمورّد الخدمة إمكانية الوصول إلى بيانات طفلك عبر نظام DSS لإدارة التمويل إلكترونياً (FOFMS) وتقديم المطالبات للحصول على المدفوعات.
- الرجاء الإحتفاظ بهذا الكتاب - ويجب عدم قيام مُورّدي الخدمة بأخذ نسخة منه بدون بتصريح منك.

الخطوة ٤ - الوصول إلى الخدمات

- قبل شروعك باستعمالك تمويل برنامج البداية الأفضل، قد يكون مفيداً لك تحديد موعد مع طبيب طفلك من أجل تحديد خطة للعلاج والإدارة. وهناك عدد من بنود مديكير الجديدة المتاحة لدعم هذه المبادرة (الرجاء سؤال مستشار خدمة (RIS) عن صفحة مديكير للمعلومات بخصوص البنود المتاحة لطفلك).
- يجب عليك إزاء استعمال خدمات مُورّد خدمة التدخل المُبكر عبر برنامج البداية الأفضل أن تُخبره بأن طفلك مُسجّل للحصول على تمويل التدخل المُبكر في برنامج البداية الأفضل.
- يمكنك الإطلاع على لائحة بأسماء مُورّدي خدمات التدخل المُبكر في برنامج البداية الأفضل "Better Start" عبر زيارة الموقع الإلكتروني: www.dss.gov.au/betterstart
- وإن لم يكن بوسعك استعمال الإنترنت، فيمكن لمستشار خدمة التسجيل والمعلومات تزويدك بنسخة مطبوعة من اللائحة.

الخطوة ٥ - المستحقات والمدفوعات

- بإمكان طفلك الحصول على مبلغ يصل إلى **٢٠٠٠ دولار** من تمويل التدخل المُبكر وذلك لحين بلوغه ٧ سنوات (يجب أن يكون كل الأطفال مسجّلين لدى البرنامج قبل بلوغهم عيد ميلادهم السادس كي يحصلوا على التمويل).
- ويجب استعمال مبلغ لا يتجاوز **٦٠٠٠ دولار** من هذا التمويل في أي سنة مالية واحدة.
- وستوافر التمويل لحين بلوغ طفلك ٧ سنوات من العمر أو لحين بلوغك مبلغ الحد الأقصى من **١٢٠٠٠ دولار** ويُعتمد أول الأجلين.

- إن التمويل المُبكر لا يُدفع لك مباشرة. ويجب عليك المطالبة بالتعويض بدل الخدمات التي تم تقديمها لطفلك. وسيطلب منك كل مُورّد خدمة في برنامج البداية الأفضل التوقيع على إستمارة مطالبة بالتسديد بدل الخدمات. إن توقيعك على الإستمارة يُصرّح لمورّد الخدمة المطالبة بالدفع من DSS لقاء الخدمات التي تم تقديمها لطفلك.

الخطوة ٦ - شراء المقدرات/الموارد

- يمكن استعمال ما قدره **٤٢٠٠ دولار (٣٥٪)** من تمويل طفلك لشراء المقدرات/الموارد أو المعدات التي تدعم مواصلة تقديم علاج التدخل المُبكر. ويمكن استعمال **٢١٠٠ دولار** من هذا المبلغ في أي سنة مالية واحدة.
- يجب أن تكون كل هذه المقدرات/الموارد قد أوصى بها لطفلك مُورّد خدمة في برنامج البداية الأفضل، وأن تكون ذات علاقة مباشرة بخدمات التدخل المُبكر التي تُقدّم للطفل، و/أو أن تدعم عملية التدخل المبكر في المنزل.
- ومتى تم تحديد المقدرات أو المعدات الضرورية وتم الإتفاق عليها بينك وبين مُورّد خدمة في برنامج البداية الأفضل، يمكن حينئذ شراء هذه المادة من قِبَل مُورّد الخدمة (أو من قِبَلك) والمطالبة بالتعويض عن قيمتها من DSS لتُصرف من مخصصات الطفل من تمويل برنامج البداية الأفضل.

الخطوة ٧ - الإحتفاظ بسجلات تفنّد مخصصاتك المالية

- سترسل إليك إفادات الأنشطة العائلية (FAS) من قِبَل DSS بعد شروع طفلك باستعمال خدمات البداية الأفضل وذلك بهدف مساعدتك على معرفة مقدار استعمالك للتمويل.
- سترسل إليك إفادة الأنشطة العائلية (FAS) بالبريد الإلكتروني، لكنها سترسل بالبريد العادي إلى عنوانك إذا لم يكن لديك بريداً إلكترونياً. ومن الأهمية بمكان أن تُخبر مستشار خدمة RIS بأي تغيير يطرأ على بيانات الإتصال بك. وستُخبرك إفادة FAS بما صرفته في هذا الشهر وبالمبلغ المتبقي. الرجاء الإنتباه إلى أن هذه الإفادة ليست دقيقة دائماً نظراً للتأخير الذي قد ينجم عن إجراءات المحاسبة لدى مُورّد خدماتك، وعليه فيُنصح بأن تحتفظ بسجلات مالية تخصك تدوّن فيها المقدرات والمصادر التي تم تقديمها ضمن مخصصاتك. وستجد صفحة حسابية للموارد مرفقة مع رسالة التعريف الأولية لمساعدتك على الإحتفاظ بسجل مصاريفك عبر برنامج البداية الأفضل والخدمات التي استعملتها.

الخطوة ٨ - ألدك أسئلة؟

- إذا راودتك أية أسئلة حول إجراءات التسجيل، الرجاء عدم التردد في الإتصال هاتفياً بمستشار خدمة التسجيل والمعلومات المحلي على الرقم **1800 242 636**.

إستمارة طلب البداية الأفضل لتسجيل الأطفال الذين لديهم إعاقة



هل أنت بحاجة لمترجم فوري أو لخدمات الترجمة التحريرية؟

لا نعم ، ما هي اللغة التي تتحدثها؟

هل يتحدث الطفل من خلفية ثقافية ولغوية متنوعة؟

لا نعم ، ما هي خلفية الطفل؟

أين سمعت عن برنامج البداية الأفضل "Better Start"؟

- الإنترنت طبيب (عمومي أو أخصائي طب أطفال، وما شابه)
- صحيفة مهني ذات علاقة بالصحة
- الراديو صديق/قريب/والد آخر
- نظام DSS مركز حضانة/مركز لمرحلة ما قبل المدرسة
- منظمة تُعنى بالمعوقين جمعية مُقدمي العناية
- إحدى خدمات الحكومة المحلية (البلدية)

غيرها

معلومات الخصوصية

لقد قرأت إفادة الخصوصية وأفهم أن معلوماتي سوف تُسجّل ضمن نظام DSS لإدارة المالية الكبر ونيّاً (على الخط). كما أدرك أن جمعية مُقدمي العناية التي تُسجّل طفلي من أجل برنامج البداية الأفضل ستُدخل بياناتي في قاعدة بياناتها بصفتي عائلة تُعنى بتقديم العناية.

(الرجاء التوقيع أدناه للإشارة إلى أنك تُصحّح بقيام DSS وجمعية مُقدمي العناية بجمع المعلومات خاصتك)

التوقيع: _____ التاريخ: _____/_____/_____

إذا تُعزّر عليك حضور موعد واجهني (وجهها لوجه) مع مستشار خدمة التسجيل والمعلومات، الرجاء التأكد من إرفاق نُسخ عن الوثائق الضرورية المطلوبة لتعبئة إستمارة طلبك. وإذا كنت ستحضر موعداً وجاهتياً، الرجاء أن تُحضّر نُسخ عن هذه الوثائق.

لائحة تفقدية الطلب			
هل قمت بتعبئة:	نعم	لا	هل زوّدتنا بنسخ عن:
إستمارة الطلب؟			ما يُثبتت عمر الطفل؟
إستمارة تصريح الزبون؟			إثبات عن العنوان؟
إستمارة تصريح DSS المرسله مع هذه الرزمة (الرزمة)			تشخيص مرض الطفل؟
رقم الطفل المرجعي لدى سنتر ليناك "CRN"؟			إثبات تأشيرة الإقامة؟ (حيث يتطلب وينطبق الأمر)

لا يمكن معالجة الطلبات دون وجود كافة الوثائق الثبوتية الداعمة.

استمارة طلب البداية الأفضل لتسجيل الأطفال الذين لديهم إعاقة



بيانات الطفل

الاسم الأول: _____ الكنية: _____
 رقم المرجح ازبون سترلينك "CRN": _____ تاريخ الميلاد: _____
 بلد الولادة: _____ الجنس: أنثى ذكر

وضعية تأثيرة الإقامة

موطن أستراليا مقم إقامة دائمة
 أخرى (الرجاء التحديد) _____

هل ينحس الطفل من خلفية أوروبية و/أو من سكان جزر مضيق توريز؟

لا نعم - أوروبي نعم - من كلاهما أفضل عدم الإجابة

بيانات الوالد/المقّم العناية

الوالد/المقّم العناية 1 الاسم الأول: _____ الكنية: _____
 العلاقة بالطفل: _____ الهاتف المحمول: _____

البريد الإلكتروني:

العناخية/الطلة: _____ العنوان: _____

الولاية والرمز البريدي:

هاتف آخر: _____ الهاتف المحمول: _____

الاسم الأول:

الكنية: _____ العلاقة بالطفل: _____

البريد الإلكتروني:

العناخية/الطلة: _____ العنوان: _____
 هاتف آخر: _____ الولاية والرمز البريدي: _____

نقد تم تشخيص الحالة التالية لدى الطفل (الرجاء وضع إشارة في المربع الملأم)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> الصم (Microcephaly) | <input type="checkbox"/> الصم (طرش) و العمى |
| <input type="checkbox"/> متلازمة براذر - ويلي (Prader-Willi syndrome) | <input type="checkbox"/> متلازمة أنجلمن (Angelman syndrome) |
| <input type="checkbox"/> متلازمة سميث - ماجينيز (Smith-Magenis syndrome) | <input type="checkbox"/> متلازمة داون (Down syndrome) |
| <input type="checkbox"/> التالف البصري | <input type="checkbox"/> متلازمة أكن الهشة (Fragile X syndrome) |
| <input type="checkbox"/> متلازمة ويلمز (Williams syndrome) | <input type="checkbox"/> مع التحوّل التام وتشمل المر ايكية (mosaic Down syndrome) |
| | <input type="checkbox"/> متلازمة شارح (CHARGE syndrome) |
| | <input type="checkbox"/> متلازمة كورنيليا دي لانجي (Cornelia de Lange syndrome) |
| | <input type="checkbox"/> متلازمة كري دو تشات (Cri du Chat syndrome) |
| | <input type="checkbox"/> متلازمة كابوكي (Kabuki syndrome) |

هل تتحدّث الإنجليزية كلغة المنطمة في المنزل؟

لا نعم