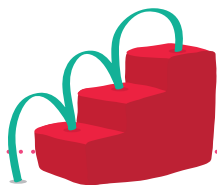


## 更好的开端 (BETTER START) 之路



### 第1步 初步联系

- 联系登记与信息服务中心 (Registration and Information Service), 电话: **1800 242 636**, 即会指引您找当地的RIS顾问
- RIS顾问可以根据年龄和诊断来确认您的孩子是否符合资格
- RIS顾问会告诉您所要求的登记文件 (见第2步)
- 您可以与RIS顾问预约, 帮助您办理登记手续。这可以面对面进行, 也可以通过电话、Webcam摄像头、电邮或视频连线进行。

### 第2步 递交所要求的文件

为了获得资格评估, 您需要有:

- **填妥的申请表** (本手册附有申请表)
- **您的孩子的Centrelink客户参考号码 (CRN)**
- **孩子的年龄证明** (如孩子的出生证、护照或Centrelink引用的出生证明)
- **对孩子的诊断的书面确认文件**, 必须使用做出诊断的医生的信头并由其签名。对于视力和听力障碍, 文件中必须表明为中度 (或更高) 障碍
- **居留身份证明文件** (若适用); 以及
- **住址证明文件**, 可以是最新的水电煤气帐单、地方税通知单或类似帐单。

### 第3步 介绍信

一旦确认您的孩子符合资格, 就会为您提供一封介绍信。在前往第一次预约时, 您需要向每位服务提供者出示此信。介绍信确认您有资格获得早期介入资金, 让提供者可以在DSS网上资金管理系统(FOFMS)上查阅您的孩子的资料, 并且递交付款申请。

请保留此信 - 未经您的允许, 服务提供者不得复印此信。

### 第4步 使用服务

- 在开始使用Better Start资金时, 不妨预约看孩子的医生, 制定一个治疗和管理计划。Medicare有一些项目支持这一计划 (请向RIS顾问查询有关您的孩子可获得项目的Medicare信息说明书)。
- 在联络Better Start早期介入服务提供者时, 您应该告诉他们您的孩子已经登记并获得Better Start早期介入资金。
- 您可以浏览以下网站来查阅Better Start早期介入服务提供者的网上名单: **[www.dss.gov.au/betterstart](http://www.dss.gov.au/betterstart)**
- 如果您无法上网, 登记与信息服务中心可以为您提供打印的名单。

### 第5步 应得金额和付款

- 您的孩子在满7岁之前最高可以获得**\$12,000**的早期介入资金 (**所有孩子都必须在6岁生日之前登记才能获得资金**)。
- 在这笔资金中, 在任何一个财政年度中的开支不可以超过**\$6,000**。
- 这笔资金将提供到孩子满7岁或者您达到**\$12,000**限额为止, 以先到者为准。
- 早期介入资金**不会直接付给您**。您不需要为您的孩子提供的服务申请报销。对于提供的服务, 每位早期介入服务提供者会要您签署付款申请同意书。签署此同意书, 便授权该提供者对为您的孩子提供的服务向DSS申请付款。

### 第6步 购买资源

- 在您的孩子的资金中, 最高可以将**\$4,200** (35%)用于购买支持持续提供早期介入治疗所需要的资源或设备。在这笔金额中, 在任何一个财政年度中最多只可以使用**\$2,100**。
- 所有资源都必须由孩子的Better Start早期介入服务提供者推荐, 与为孩子提供的早期介入服务具有直接联系, 并且/或者在家中开展介入服务提供支持。

- 一旦确定需要某一资源或设备, 并且在您和Better Start早期介入服务提供者之间达成一致, 该提供者 (或您本人) 可以购买该资源或设备, 然后向DSS申请从孩子的Better Start资金中报销。

### 第7步 追踪给您分配的资金

- 一旦您的孩子开始使用Better Start服务, DSS就会给您寄家庭活动结单(Family Activity Statements) (FAS), 协助您追踪资金的使用情况。
- 家庭活动结单(FAS)将使用电子邮件方式寄给您, 但如果您没有电邮地址, 则会通过邮寄方式寄给您。如果您的**联系资料改变**, 请务必告诉RIS顾问。FAS结单将告诉您该月的开支以及剩余的资金金额。请注意, 因为服务提供者的会计程序的缘故, 这一结单未必反映最新情况, 因此最好使用资料袋中提供的资源自己做好财务记录。您的介绍信随附的资源 (试算表) 可以帮助您**记录您的Better Start开支**以及所使用的服务。

### 第8步 问题?

如果您对登记程序有任何问题, 请尽管联络当地的登记与信息服务中心, 电话: **1800 242 636**。



# 残疾儿童BETTER START登记申请表

## 儿童资料

名: \_\_\_\_\_ 姓: \_\_\_\_\_  
 出生日期: \_\_\_\_\_ Centrelink客户参考号码: \_\_\_\_\_  
 性别:  男  女 出生国: \_\_\_\_\_

## 居留身份

澳大利亚公民  永久居民

其他 (请说明) \_\_\_\_\_

## 该儿童是否有土著及/或托利斯海峡岛民背景?

否  是 - 土著  是 - 托利斯海峡岛民  是 - 两者  不愿回答

## 父母/照顾者资料

### 父母/照顾者1

名: \_\_\_\_\_ 姓: \_\_\_\_\_  
 与儿童的关系: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_

电邮: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 区/镇: \_\_\_\_\_

州与邮政编码: \_\_\_\_\_ 其他电话: \_\_\_\_\_

### 父母/照顾者2

名: \_\_\_\_\_ 姓: \_\_\_\_\_

与儿童的关系: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_

电邮: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 区/镇: \_\_\_\_\_

州与邮政编码: \_\_\_\_\_ 其他电话: \_\_\_\_\_

## 儿童具有以下诊断 (请选择适当的回答)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 天使人综合症                     | <input type="checkbox"/> 聋盲症                  | <input type="checkbox"/> 小头畸形                      |
| <input type="checkbox"/> 大脑性麻痹                      | <input type="checkbox"/> 唐氏综合症 (包括马赛克唐氏综合症)   | <input type="checkbox"/> 普拉德-威利(Prader-Willi)综合症   |
| <input type="checkbox"/> 联合畸形(CHARGE)综合症            | <input type="checkbox"/> 全突变脆性X染色体综合症 (包括花叶病) | <input type="checkbox"/> 史密斯-马吉利(Smith-Magenis)综合症 |
| <input type="checkbox"/> 狄兰吉氏(Cornelia de Lange)综合症 | <input type="checkbox"/> 听力障碍                 | <input type="checkbox"/> 视力障碍                      |
| <input type="checkbox"/> 猫叫(Cri du Chat)综合症         | <input type="checkbox"/> 歌舞伎(Kabuki)综合症       | <input type="checkbox"/> 威廉氏(Williams)综合症          |

## 您在家中说的优选语言是否为英语?

否  是



# 残疾儿童BETTER START登记申请表

您是否需要口译员或笔译服务？

否  是，您讲哪一种语言？ \_\_\_\_\_

儿童是否有多元文化和语言背景？

否  是，儿童有什么背景？ \_\_\_\_\_

您是在哪里听说Better Start计划的？

- |                                   |                                       |                              |
|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 照顾者协会    | <input type="checkbox"/> 医生 (GP、儿科医生) | <input type="checkbox"/> 互联网 |
| <input type="checkbox"/> 地方政府服务   | <input type="checkbox"/> 联合健康专业人员     | <input type="checkbox"/> 报纸  |
| <input type="checkbox"/> DSS      | <input type="checkbox"/> 朋友/亲属/其他家长   | <input type="checkbox"/> 收音机 |
| <input type="checkbox"/> 助残机构     | <input type="checkbox"/> 托儿所/学前班      |                              |
| <input type="checkbox"/> 其它 _____ |                                       |                              |

### 隐私信息

本人已阅读隐私声明并且明白DSS的在线财务管理系统会记录本人的资料。本人还明白，给本人的孩子报名参加Better Start计划的照顾者协会会作为照顾家庭将本人的资料输入其自己的资料库。

(请在下方签名，表示您同意DSS和照顾者协会收集您的资料)

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

如果您无法参加与登记与信息服务处顾问的面谈预约，请务必给填写的申请表附上所要求的文件副本。如果您参加面谈预约，请务必带上这些文件的副本。

申请表核表	是	否	您是否已经提供以下副本:	是	否
您是否已经填写:					
申请表?			儿童的年龄证明?		
客户同意表?			地址证明?		
(本资料包随附的DSS同意表)			儿童的诊断?		
儿童的CRN?			居留证明? (若适用)		

若无佐证文件，我们无法受理申请。