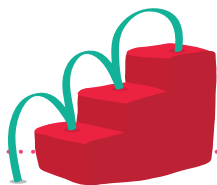


## 更好的開端 (BETTER START) 之路



### 第1步 初步聯絡

- 聯絡登記與信息服務處 (Registration and Information Service)，電話：**1800 242 636**，即會指引你找當地的RIS顧問
- RIS顧問可以根據年齡和診斷來確認你的孩子是否符合資格
- RIS顧問會告訴你所要求的登記文件 (見第2步)
- 你可以與RIS顧問預約，幫助你辦理登記手續。這可以面對面進行，也可以通過電話、Webcam攝像頭、電郵或視頻連線進行。

### 第2步 遞交所要求的文件

- 為了獲得資格評估，你需要有：
- 填妥的申請表 (本手冊附有申請表)
- 你的孩子的**Centrelink客戶參考號碼(CRN)**
- 孩子的**年齡證明** (如孩子的出生證、護照或Centrelink引用的出生證明)
- 對孩子的診斷的**書面確認文件**，必須使用做出診斷的醫生的信頭並由其簽名。對於視力和聽力障礙，文件中必須表明為中度 (或更高) 障礙
- 居留身份證明文件 (若適用);以及
- 住址證明文件，可以是最新的水電煤氣帳單、地方稅通知單或類似帳單。

### 第3步 介紹信

一旦確認你的孩子符合資格，就會為你提供一封介紹信。在前往第一次預約時，你需要向每位服務提供者出示此信。介紹信確認你有資格獲得早期介入資金，讓提供者可以在DSS網上資金管理系統(FOFMS)上查閱你的孩子的資料，並且遞交付款申請。

請保留此信 - 未經你的允許，服務提供者不得複印此信。

### 第4步 使用服務

- 在開始使用Better Start資金時，不妨預約看孩子的醫生，制定一個治療和管理計劃。Medicare有一些項目支持這一計劃 (請向RIS顧問查詢有關你的孩子可獲得項目的Medicare信息說明書)。
- 在聯絡Better Start早期介入服務提供者時，你應該告訴他們你的孩子已經登記並獲得Better Start早期介入資金。
- 你可以瀏覽以下網站來查閱Better Start早期介入服務提供者的網上名單：  
**[www.dss.gov.au/betterstart](http://www.dss.gov.au/betterstart)**  
如果你無法上網，登記與信息服務顧問可以為你提供打印的名單。

### 第5步 應得金額和付款

你的孩子在滿7歲之前最高可以獲得**\$12,000**的早期介入資金 (所有孩子都必須在**6歲生日之前登記才能獲得資金**)。

- 在這筆資金中，在任何一個財政年度中的開支不可以超過**\$6,000**。
- 這筆資金將提供到孩子滿7歲或者你達到**\$12,000**限額為止，以先到者為準。
- 早期介入資金**不會直接付給你**。你不需要對為你的孩子提供的服務申請報銷。對於提供的服務，每位**早期介入服務提供者**會要你簽署**付款申請同意書**。簽署此同意書，便授權該提供者對為你的孩子提供的服務向DSS申請付款。

### 第6步 購買資源

- 在你的孩子的資金中，最高可以將**\$4,200** (35%)用於購買支持持續提供早期介入治療所需要的資源或設備。在這筆金額中，在任何一個財政年度中最多只可以使用**\$2,100**。
- 所有資源都必須由孩子的Better Start早期介入服務提供者推薦，與為孩子提供的早期介入服務具有直接聯絡，並且/或者為在家中開展介入服務提供支持。

- 一旦確定需要某一資源或設備，並且在你和Better Start早期介入服務提供者之間達成一致，該提供者 (或你本人) 可以購買該資源或設備，然後向DSS申請從孩子的Better Start資金中報銷。

### 第7步 追蹤給你分配的資金

- 一旦你的孩子開始使用Better Start服務，DSS就會給你寄家庭活動結單 (Family Activity Statements) (FAS)，協助你追蹤資金的使用情況。
- 家庭活動結單(FAS)將使用電子郵件方式寄給你，但如果你沒有電郵地址，則會通過郵寄方式寄給你。如果你的聯絡資料改變，請務必告訴RIS顧問。FAS結單將告訴你該月的開支以及剩餘的資金金額。請注意，因為服務提供者的會計程序的緣故，這一結單未必反映最新情況，因此最好使用資料袋中提供的資源自己做好財務記錄。你的介紹信隨附的資源 (試算表) 可以幫助你記錄你的Better Start開支以及所使用的服務。

### 第8步 問題?

如果你對登記程序有任何問題，請盡管聯絡當地的登記與信息服務顧問，電話：**1800 242 636**。



# 殘障兒童BETTER START登記申請表

## 兒童資料

名： \_\_\_\_\_ 姓： \_\_\_\_\_  
 出生日期： \_\_\_\_\_ Centrelink客戶參考號碼： \_\_\_\_\_  
 性別：  男  女 出生國： \_\_\_\_\_

## 居留身份

澳洲公民  永久居民

其他（請說明） \_\_\_\_\_

## 該兒童是否有原住民及/或托利斯海峽島民背景？

否  是 - 原住民  是 - 托利斯海峽島民  是 - 兩者  不願回答

## 父母/照顧者資料

### 父母/照顧者1

名： \_\_\_\_\_ 姓： \_\_\_\_\_  
 與兒童的關係： \_\_\_\_\_ 手機： \_\_\_\_\_

電郵： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

州與郵政編碼： \_\_\_\_\_

區/鎮： \_\_\_\_\_

其他電話： \_\_\_\_\_

### 父母/照顧者2

名： \_\_\_\_\_ 姓： \_\_\_\_\_

與兒童的關係： \_\_\_\_\_

電郵： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

州與郵政編碼： \_\_\_\_\_

區/鎮： \_\_\_\_\_

其他電話： \_\_\_\_\_

## 兒童具有以下診斷（請選擇適當的回答）

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 天使人綜合症                     | <input type="checkbox"/> 聾盲症                 | <input type="checkbox"/> 小頭畸形                      |
| <input type="checkbox"/> 大腦性麻痺                      | <input type="checkbox"/> 唐氏綜合症（包括馬費克唐氏綜合症）   | <input type="checkbox"/> 普拉德-威利(Prader-Willi)綜合症   |
| <input type="checkbox"/> 聯合畸形(CHARGE)綜合症            | <input type="checkbox"/> 全突變脆性X染色體綜合症（包括花萊病） | <input type="checkbox"/> 史密斯-馬吉利(Smith-Magenis)綜合症 |
| <input type="checkbox"/> 狄蘭吉氏(Cornelia de Lange)綜合症 | <input type="checkbox"/> 聽力障礙                | <input type="checkbox"/> 視力障礙                      |
| <input type="checkbox"/> 貓叫(Cri du Chat)綜合症         | <input type="checkbox"/> 歌舞伎(Kabuki)綜合症      | <input type="checkbox"/> 威廉氏(Williams)綜合症          |

## 你在家中說的優選語言是否為英語？

否  是



# 殘障兒童BETTER START登記申請表

你是否需要口譯員或筆譯服務？

否  是，你講哪一種語言？ \_\_\_\_\_

兒童是否有多元文化和語言背景？

否  是，兒童有什麼背景？ \_\_\_\_\_

你是在哪里聽說Better Start計劃的？

- |                                   |                                       |                              |
|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 照顧者協會    | <input type="checkbox"/> 醫生 (GP、兒科醫生) | <input type="checkbox"/> 互聯網 |
| <input type="checkbox"/> 地方政府服務   | <input type="checkbox"/> 聯合健康專業人員     | <input type="checkbox"/> 報紙  |
| <input type="checkbox"/> DSS      | <input type="checkbox"/> 朋友/親屬/其他家長   | <input type="checkbox"/> 收音機 |
| <input type="checkbox"/> 助殘機構     | <input type="checkbox"/> 托兒所/學前班      |                              |
| <input type="checkbox"/> 其它 _____ |                                       |                              |

## 私隱信息

本人已閱讀私隱聲明並且明白DSS的在線財務管理系統會記錄本人的資料。本人還明白，給本人的孩子報名參加Better Start計劃的照顧者協會會作為照顧家庭將本人的資料輸入其自己的資料庫。

(請在下方簽名，表示你同意DSS和照顧者協會收集你的資料)

簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

如果你無法參加與登記與信息服務處顧問的面談預約，請務必給填妥的申請表附上所要求的文件副本。如果你參加面談預約，請務必帶上這些文件的副本。

## 申請檢核表

你是否已經填妥:	是	否	你是否已經提供以下副本:	是	否
申請表?			兒童的年齡證明?		
客戶同意表?			地址證明?		
(本資料包隨附的DSS同意表)			兒童的診斷?		
兒童的CRN?			居留證明? (若適用)		

**若無佐證文件，我們無法受理申請。**