



# Solicitud de Beca 2020

## Nuestra Misión

The Autism Hero Project (AHP) crea algo más que conciencia del autismo. Promovemos ser intencionales sobre la inclusión y compramos seguro médico para acceder a la terapia para aquellos que no pueden. Compramos Seguro Médico para niños en el espectro autista para acceder a terapias, específicamente Terapia de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA) con el fin de ser lo más exitoso e independiente posible.

### Información Importante para los solicitantes

- Los solicitantes DEBEN tener un diagnóstico actual de autismo.
- Los solicitantes DEBEN ser residentes de Illinois.
- Los solicitantes DEBEN completar una Declaración Personal explicando su necesidad de asistencia (página 7)
- Una solicitud por solicitante. (Todos los miembros de la familia DEBEN tener su propia solicitud.)
- Los solicitantes DEBEN buscar Terapia de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA).
- **Si el solicitante tiene seguro médico a través de su empleador, el estado o Medicaid que no cubre la Terapia de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA), el solicitante puede solicitarlo.**

- El solicitante DEBE solicitar un seguro de salud que cubra la Terapia ABA del Mercado (Marketplace) en <https://www.healthcare.gov>
- Las fechas de inscripción en el mercado (Marketplace) están programadas actualmente para el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre de 2019.
- Los planes recomendados por Marketplace son Silver o Gold.
- Nuestra Beca de Seguro Médico cubre las primas de seguro del Mercado (Marketplace) para un plan individual con evidencia de que la Terapia ABA está en curso y ocurre en el mes.
- Auditoría ocurrirá durante todo el año para verificar que la terapia ABA está tomando lugar.
- Los solicitantes enviarán a AHP su factura de prima mensual para el reembolso en 30 días de la fecha de la factura.

**Los solicitantes enviarán pruebas de AHP de que los pagos mensuales de primas se están pagando a tiempo. AHP no pagará ningún cargo incurrido que no pertenezca a la prima del seguro médico.**

• **Los solicitantes que tienen seguro médico a través de su empleador que cubre la Terapia ABA.**

- AHP pagará la diferencia en la cobertura que cubre las primas del solicitante. (Por ejemplo: Si la prima del *empleado* es de \$75 por período de pago para el seguro médico y la prima de *empleado más dependiente* es de \$125. AHP pagará la diferencia de cobertura para el solicitante en la cantidad de \$50 (\$125 - \$75 = \$50).
- Las auditorías ABA se realizarán durante todo el año para verificar que la terapia ABA esté llevando a cabo.
- Los solicitantes enviarán pruebas a AHP de que los pagos mensuales de primas se están pagando a través de deducciones del empleador en el talón de pago actual. AHP no pagará ningún cargo incurrido que no pertenezca a la prima del seguro médico.

**TENGA EN CUENTA: LOS SOLICITANTES PUEDEN SER CONTACTADOS PARA CONDUCTAR UNA ENTREVISTA POR TELEFONO DE UN REPRESENTANTE DE AHP. TODAS LAS SOLICITUDES DEBEN SER ENVIADA POR EMAIL ANTES DE LA 12 DE LA MEDIA NOCHE A [autismheroproject@gmail.com](mailto:autismheroproject@gmail.com) O Con Fecha Postal ANTES DEL 15 DE NOVIEMBRE DE 2019 CON SU DEVOLUCION DE IMPUESTOS 2018 (SI APLICA) Y DOS DE SUS TALONES DE PAGO MAS RECIENTES DESDE SU FECHA DE SOLICITUD.**

**LOS BENEFICIARIOS DE LA BECA SERÁN NOTIFICADOS ANTES DEL 15 DE DICIEMBRE.**



INFORMACION DEL SOLICITANTE			
Nombre Completo		Genero: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)
Dirección		S.S. o Numero ITIN	
Ciudad	Estado	Zona Postal	Fecha de Diagnostico de Autismo
Escuela	Grado	Doctor	Dirección del Doctor
Etnicidad (Marque todo lo que corresponda) __Nativo Americano o de Alaska __Asiático __Negro o Afro Americano __Hispano o Latino __Blanco			Lenguaje Primario
Proveedor de ABA y persona de contacto		Dirección de ABA y Número de Teléfono	
PADRE O TUTOR LEGAL#1			
Nombre Completo		S.S. o ITIN	Celular: Alternativo #:
Dirección		Ciudad	Estado & Zona Postal
Relación	Correo Electrónico		Ocupación
Empleador	Dirección del Empleador		Teléfono del Empleador
¿Número de personas que viven en el hogar?	¿Número de niños menores de 18 años que viven en el hogar?	Edades de otras personas en el hogar con ASD (Si existe):	
PADRE O TUTOR LEGAL #2			
Nombre Completo		S.S. o ITIN	Celular: Alternativo #:
Ciudad		Estado	Zona Postal
Relación	Correo Electronica		Ocupación
Empleador	Dirección del Empleador		Teléfono del Empleador
¿Número de personas que viven en el hogar?	¿Número de niños menores de 18 años que viven en el hogar?	Edades de otras personas en el hogar con ASD (Si existe):	



## HISTORIAL

Consentimiento: Este formulario autoriza el uso y/o divulgación de la información médica protegida como se indica a continuación para los fines del proceso de revisión de la beca. Doy permiso a **The Autism Hero Project** para verificar la información del tratamiento poniéndome en contacto con los proveedores de atención médica a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Relación al solicitante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Diagnostico Actual		Fecha del Diagnostico	
Nombre del Médico Diagnosticando		Nombre de la institución /Práctica	
Dirección		Teléfono	
Ciudad	Estado	Zona Postal	
Otros diagnósticos médicos si los hay)			

## INFORMACION FINANCIERA

*(DEBE adjuntar los 2 talones de pago más actuales para cada padre/ tutor legal y de cada empleador con fecha de 30 días Y una copia de las declaraciones de impuestos de 2018 si aplican para verificar los ingresos.)*

Padre/Tutor legal # 1	Enumerar todos los empleadores actuales	Ingreso Anual \$
Padre/Tutor legal #2	Enumerar todos los empleadores actuales	Ingreso Anual \$



<b>Otros Ingresos:</b> <input type="checkbox"/> <b>Manutencion de los hijos</b> <input type="checkbox"/> <b>SSI</b> <input type="checkbox"/> <b>Pensión alimenticia</b> <input type="checkbox"/> <b>Asistencia del Gobierno</b>		<b>Total de Cantidades: Por favor Círculo</b> \$ _____ Mensual / Anual \$ _____ Mensual / Anual \$ _____ Mensual / Anual \$ _____ Mensual / Anual	
<b>Nombre Otros ingresos incluyendo Alimoné (pagos de mantenimiento)</b> _____		\$ _____ Mensual / Anual	
<b>Comentarios: (Cualquier cosa que debamos saber o lo que quieras explicar.)</b>		<b>Ingreso Total</b> \$ _____	
<b>¿Es Usted actualmente receptor de los siguientes programas de asistencia? (círculo)</b> WIC: S / N    SNAP \$ _____    OTROS: _____ \$ _____		<b>¿Cuál es el Total de la beca que está solicitando? (Total para Primas Mensuales de Seguro de Salud):</b>	
<b>Si The Autism Hero Project no puede financiar toda su solicitud, ¿está interesado en la asistencia parcial?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<b>¿Está recibiendo alguna otra asistencia financiera o subvenciones que le ayuden a cubrir los costos de la terapia, seguro médico de salud o deducibles?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<b>Nombre de asistencia financiera:</b> _____ <b>Cantidad:</b> \$ _____ Mensual / Anual (Rotule)			
<b>¿Algo que debamos saber con respecto a esta beca de asistencia financiera? (Por favor, comente a continuación.)</b>			
<b>Información de seguro primario</b>			
<b>¿Está asegurado actualmente el solicitante?</b> Si _____ NO _____		Si el solicitante está actualmente asegurado marca "X" en el tipo de seguro: ___ Employer Plan    ___ Marketplace    ___ Estado    ___ Medicaid	
<b>Compañía del Seguro Primario</b>		Si el solicitante NO está asegurado actualmente, confirme que ha solicitado un seguro a través del Mercado antes de que se cierre la inscripción abierta.    ___ YES    ___ NO    Plan: Silver / Gold	
<b>Numero teléfono del Seguro</b>	<b>ID#</b>	<b>Group#</b>	
<b>Deducible</b>	<b>Máximo individual de su bolsillo (Escriba la cantidad máxima de la familia si es un plan familiar.)</b>		
<b>Seguro Secundario</b>	<b>ID#</b>	<b>Group#</b>	
<b>Numero del teléfono</b>	<b>Máximo individual de su bolsillo (Escriba la cantidad máxima de la familia si es un plan familiar.)</b>		



**\*\* Consulte con su empleador o compañía de seguros para ver si su póliza está *totalmente asegurada* o *auto asegurada*. Las pólizas *totalmente aseguradas* siguen el mandato de IL para cubrir el tratamiento del autismo. Las pólizas *auto aseguradas* no necesariamente siguen los mandatos estatales.**

**Terapia(s) que su hijo/(a) tiene o está recibiendo actualmente (circule todo lo que corresponda): Haga copias adicionales de esta página si actualmente está recibiendo terapia de más de 2 proveedores.**

TERAPIA ABA	TERAPIA DEL LENGUAJE	TERAPIA OCUPACIONAL
TERAPIA FISICA	FLOORTIME	GRUPOS DE HABILIDADES SOCIALES
TERAPIA DEL DESARROLLO	FARMACOTERAPIA	TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL
ESCUELA TERAPEUTICA DIURNA	PSICOLOGO	TRABAJADORES SOCIALES
TERAPIA ALIMENTARIA	OTROS: _____	

Nombre de Proveedor Actual		Teléfono del Proveedor	
Dirección:		Correo electrónico del proveedor	
Ciudad	Estado	Zona postal	¿Está el proveedor en la red con su seguro?
¿Está recibiendo actualmente servicios de este proveedor?		¿La terapia solicitada está cubierta por su seguro?	
Proveedor Actual Numero 2		Teléfono del Proveedor	
Dirección:		Correo electrónico	
Ciudad	Estado	Zona postal	¿El proveedor está en la red con su seguro?
¿Está recibiendo actualmente servicios de este proveedor?		¿La terapia solicitada está cubierta por su seguro?	



## Autorización para usar y divulgar información médica protegida (PHI)

(\*Por favor complete este formulario para cada proveedor de servicios para quien desea recibir asistencia de terapia.  
Haga copias adicionales si es necesario.)

Cuando usted lo completa y firma, este formulario autoriza al proveedor de servicios a divulgar información médica protegida de sus registros al **The Autism Hero Project**.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ padre o tutor legal para el niño mencionado anteriormente, autoriza a la(s) siguiente(s) o institución a proporcionar información al **The Autism Hero Project**, incluyendo no limitado a lo siguiente:

- Registros de Asistencia
- Reporte de Progreso
- Notas de la sesión
- Evaluaciones

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Esta publicación de información es válida desde ahora hasta el 31 de diciembre de 2020.**

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una carta al proveedor anterior. Sin embargo, entiendo que no puedo revocar la Autorización para ninguna acción tomada antes de mi recepción de notificación por escrito para revocar esta Autorización. También entiendo que esta Autorización debe estar en su lugar para que yo sea elegible para el dinero de la Beca de Asistencia terapéutica, y la terminación de esta Autorización resultará en la terminación de mi subvención.

He tenido la oportunidad de leer esta Autorización y estar de acuerdo con las declaraciones hechas en este formulario. Entiendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando mi autorización de uso y/o divulgación de PHI descrita en este formulario.

Firma del Paciente (Si mayor de 18): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Padres o Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_



## Declaración Personal

*(Las declaraciones pueden escribirse en inglés o español)*

Ayúdenos a conocer mejor su situación familiar y su necesidad de ayuda. ¿Cuál es su esperanza con Terapia ABA? Por favor, díganos cualquier otra información que crea que sería útil para nosotros acerca de su situación. (Por favor, limite su estado de cuenta a un máximo de una página delante y detrás.)



## Declaración Jurada

(A COMPLETAR POR EL GUARDIAN DEL SOLICITANTE)

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que falsificar cualquier información en esta solicitud, incluyendo la falta de divulgación de fuentes de ingresos, dará lugar a la terminación inmediata de esta subvención.

Nombre en imprenta \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## Lista de verificación de aplicaciones

Para ser considerado para una beca, asegúrese de presentar todo lo siguiente:

- Solicitud completada (paginas 2-9)
- Consentimiento de Historial Firmada** (página 3)
- Autorización firmada para usar y divulgar información médica protegida (PHI)** (página 6)
- Declaración personal – 1 página máximo (página 7)
- Declaración Jurada Firmada** (pagina 8)
- Los últimos 2 talones de pago actuales (fechados dentro de 30 días) para todos los padres / tutores legales (*si aplica*) **(Por favor, ennegrezca todos los seguros sociales.)**
- 2018 declaraciones de Impuestos (*si aplica*) para padres / tutores legales. **(Por favor, ennegrezca todos los seguros sociales.)**

Envíe la solicitud, los talones de pago y las declaraciones de impuestos de 2018 utilizando uno de los siguientes métodos:

- Por correo electrónico a [autismheroproject@gmail.com](mailto:autismheroproject@gmail.com) antes de noviembre 15<sup>th</sup>, 2019
- Copias a el Correo postal:  
The Autism Hero Project  
2612 Pond View Drive  
Algonquin, IL 60102

Todas las solicitudes enviadas por correo deben estar marcadas con matasellos antes del 15 de noviembre de 2019.

*Nota importante: Es posible que todos los solicitantes se comuniquen para realizar una entrevista telefónica.*

**LOS BENEFICIARIOS DE LA BECA SERÁN NOTIFICADOS ANTES DEL 15 DE DICIEMBRE.**