



**AUTISM HERO
PROJECT**

Solicitud de Beca para Seguro Médico 2021

Nuestra Visión

Preparar los niños con autismo para el mundo y preparar el mundo para ellos.

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) con un **MÍNIMO de 12 HORAS SEMANALES**.

Si el solicitante NO tiene seguro médico o 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 entendiendo lo siguiente:

- 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 2020.
- Los planes recomendados por Marketplace son Silver o Gold basado en el deducible y el máximo costo de su bolsillo.
- 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 con un promedio mínimo de 12 horas semanales.
- La auditoría ocurrirá un mínimo de 4 veces 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 realizará un mínimo de 4 veces durante el año para verificar que la terapia ABA se 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 UNA ENTREVISTA POR TELÉFONO CON UN REPRESENTANTE DE AHP. TODAS LAS SOLICITUDES DEBEN SER ENVIADA POR EMAIL ANTES DE LA 12 DE LA MEDIA NOCHE A application@autismheroproject.org O Con Fecha Postal ANTES DEL 15 DE NOVIEMBRE DE 2020 CON SU DEVOLUCIÓN DE IMPUESTOS 2019 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		Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)
Dirección			Fecha de Diagnóstico de Autismo	
Ciudad	Estado	Zona Postal	Doctor	
Escuela	Grado	Número del Doctor	Dirección del Doctor	
Etnicidad (Marque todo lo que corresponda)				Lenguaje Primario
__ Nativo Americano o de Alaska __ Asiático __ Negro o Afro Americano __ Hispano o Latino __ Blanco				
Proveedor de ABA y persona de contacto		Dirección de ABA y Número de Teléfono		

PADRE O TUTOR LEGAL#1

Nombre Completo		Seguro Social o ITIN	Celular Numero Alternativo
Dirección		Ciudad	Estado Y 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		Seguro Social o ITIN	Celular Numero Alternativo
Ciudad		Estado	Zona Postal
Relación	Correo Electrónica		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 aplica):	



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 Diagnóstico
--------------------	-----------------------

Nombre del Médico Diagnosticando	Nombre de la institución /Práctica
----------------------------------	------------------------------------

Dirección	Teléfono
-----------	----------

Ciudad	Estado	Zona Postal
--------	--------	-------------

Otros diagnósticos médicos si los hay además del autismo (si aplica)

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 2019 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 \$



Otros Ingresos: <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Asistencia del Gobierno <input type="checkbox"/> Otros _____	Total de Cantidades: Por favor Circule \$ _____ Mensual / Anual \$ _____ Mensual / Anual \$ _____ Mensual / Anual \$ _____ Mensual / Anual
¿Qué otros ingresos que no mencionan anteriormente tienes? (Como Ingresos por trabajar por su cuenta propia (Self-Employed) y/o Ingresos de desempleo. Por favor especifique _____	\$ _____ Mensual / Anual
Comentarios: (Cualquier cosa que debamos saber o lo que quieras explicar.)	Ingreso Total \$ _____ Mensual / Anual

¿Es usted actualmente receptor de los siguientes programas de asistencia? (círculo) WIC: S / N SNAP \$ _____ OTROS: _____ \$ _____	¿Cuál es el total de la beca que está solicitando? (Total para Primas Mensuales de Seguro de Salud):
---	--

Si *The Autism Hero Project* no puede financiar toda su solicitud, ¿Está interesado en la asistencia parcial?

SI NO

¿Está recibiendo alguna otra asistencia financiera, becas o subvenciones que le ayuden a cubrir los costos o gastos de la terapia, seguro médico de salud o deducibles?

SI NO

Nombre de asistencia financiera: _____ Cantidad: \$ _____ Mensual / Anual (Rotule)

¿Algo que debamos saber con respecto a esta beca de asistencia financiera? (Por favor, comente aquí.)

Información de seguro medico

¿Está asegurado actualmente el solicitante? Si _____ NO _____	Si el solicitante está actualmente asegurado marca "X" en el tipo de seguro: ___ Plan de Empleador ___ Marketplace ___ Estado ___ Medicaid	
Compañía del Seguro Primario	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 12/15. ___ Si ___ NO Plan (circula uno): Bronze Silver Gold	
Número teléfono del Seguro	ID#	Group#
Deducible	Máximo individual de su bolsillo (Escriba la cantidad máxima de la familia si es un plan familiar.)	
Seguro Secundario	ID#	Group#
Número teléfono del Seguro	Máximo individual de su bolsillo (Escriba la cantidad máxima de la familia si es un plan familiar.)	



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	GRUPOS DE HABILIDADES SOCIALES
TERAPÉUTICA DIURNA DE ABA	FLOORTIME	GRUPOS DE HABILIDADES SOCIALES
TERAPIA DEL DESARROLLO	FARMACOTERAPIA	TRABAJADORES SOCIALES
TERAPIA FÍSICA	PSICÓLOGO	OTROS: _____
TERAPIA ALIMENTARIA	TERAPIA OCUPACIONAL	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?
--------	--------	-------------	---

Tipo de terapia Horas por semana	¿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?
--------	--------	-------------	---

Tipo de terapia Horas por semana	¿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 ABA para quien desea recibir asistencia de terapia. Haga copias adicionales si es necesario.)

Cuando usted lo complete y firme, 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 2021.

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 es mayor de 18 años): _____ 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 declaración personal a un máximo de una página delante y detrás.)



Declaración Jurada

(A COMPLETAR POR EL GUARDIÁN 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** (página 8)
- Los últimos 2 talones de pago actuales (fechados dentro de 30 días) para todos los padres / tutores legales (*si aplica*)
- 2019 declaraciones de Impuestos (*si aplica*) para padres / tutores legales. *** Si no tiene ingresos o declaraciones de impuesto favor de indicar NO INGRESOS o NO IMPUESTOS cuando someta la solicitud.**
- Los solicitantes que busquen un seguro en 2021 de The Marketplace deben completar la información abajo.

Envíe la solicitud, los talones de pago y las declaraciones de impuestos de 2019 utilizando uno de los siguientes métodos:

- Por correo electrónico en una sola archivo PDF no en hojas individuales por favor a applications@autismheroproject.org antes de noviembre 15th, 2020.
- Si prefiere enviar una copia por 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 2020.

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.

PARA SOLICITANTES BUSCANDO SEGURO MEDICO EN 2021 DE THE MARKETPLACE

The Marketplace Información de Seguro para 2021		
¿El solicitante esta actualmente asegurado por The Marketplace en este momento? Si _____ NO _____	Para 2021, el solicitante buscara: (Marque el plan e ingrese el numero (#) del nombre y tipo del plan.) __ Bronze HMO Plan # ____ __ Bronze PPO Plan # ____ __ Silver HMO Plan # ____ __ Silver PPO Plan # ____ __ Gold HMO Plan # ____ __ Gold PPO Plan # ____	
¿El solicitante renovara el plan actual de The Marketplace? Si _____ NO _____	Prima mensual estimada: \$ _____ Deducible: \$ _____ Desembolso Máximo: \$ _____	
Compañía del Seguro y su dirección	Numero de teléfono del seguro	ID#
Numero de teléfono del seguro		Group#