



Solicitud de Ayuda Directa de la Carlos Vieira Foundation

AYUDANDO A LAS FAMILIAS A VIVIR CON AUTISMO

El Programa de Ayuda Directa se ofrece a través de la Fundación para proporcionar servicios, necesidades médicas y herramientas educativas a las familias que viven en el centro de California afectadas por el autismo.

Una familia puede presentar una solicitud por año calendario por cada niño con autismo. Tenga en cuenta que la fecha límite para cada año calendario es el **1 de diciembre**. Si no recibimos una solicitud completa (con toda la documentación de respaldo) dentro de este plazo, se extenderá al año siguiente. Hay un **límite de \$500** por solicitud. Las familias deben completar la solicitud, proporcionar toda la documentación de respaldo requerida y el niño debe cumplir con los tres requisitos siguientes para ser considerado elegible:

1. Menor de 18 años.
2. Reside dentro de uno de los siguientes 21 condados: Merced, Glenn, Stanislaus, Butte, Madera, Colusa, Mariposa, El Dorado, Tuolumne, Sutter, San Joaquin, Yuba, Fresno, Yolo, Sacramento, Placer, Shasta, Kings, Tehama, Tulare, or Kern.
3. Diagnosticado con un trastorno del espectro autista o tiene una nota del médico de su hijo que indica que se recomiendan más pruebas.

Lea las preguntas frecuentes del programa de subvenciones y asegúrese de que se complete la siguiente lista de verificación antes de presentar la solicitud.

Lista de Verificación:

- Solicitud completada** con la dirección actual y las firmas de padres / tutores.
- Informe de diagnóstico completo del autismo** de un pediatra del desarrollo, neurólogos infantiles, psicólogo del Centro Regional o psicólogo / psiquiatra privado (los IEP escolares no se aceptarán como un diagnóstico de autismo)
- La declaración de impuestos más reciente del IRS** para ambos padres / tutores con su hijo listada como dependiente. Si no presenta impuestos debido a la Seguridad Social, debe proporcionar su carta de adjudicación.
- Una carta de recomendación** de un médico, terapeuta de lenguaje, terapeuta del comportamiento o psicólogo con licencia que indique cómo los artículos solicitados ayudarán directamente a su hijo con su autismo. Esto solo es necesario si está solicitando un artículo que no sea la matrícula para una clase específica de autismo, suplementos / medicamentos, evaluaciones médicas, materiales de aprendizaje, pruebas o terapias.
- Formulario de dispositivo electrónico. Esto solo es necesario si solicita un dispositivo electrónico (es decir, computadora, iPad, etc.).
- Por favor, conserve una copia para sus registros

Todos los elementos anteriores de la lista de verificación se deben enviar junto con la solicitud para que se aprueben, a menos que se indique lo contrario.

Envíe la solicitud completada a:

CARLOS VIEIRA FOUNDATION
DIRECT HELP PROGRAM
6079 Washington Blvd.
Livingston, CA 95334

O complete la solicitud en línea en:

www.carlosvieirafoundation.org/apply-now



Carlos Vieira Foundation Preguntas Frecuentes

P: ¿Cómo solicito asistencia de la Fundación Carlos Vieira para mi hijo?

Primero, revise los criterios de elegibilidad. Si los cumple, entonces debe completar una solicitud de subvención. También debe presentar la documentación de respaldo que incluya el diagnóstico de autismo de su hijo y una copia de su declaración de impuestos más reciente para cada padre/tutor. También se puede requerir una carta de recomendación de un profesional médico y el formulario del dispositivo electrónico (consulte la lista de verificación de la aplicación).

P: ¿Por qué la aplicación requiere mi número de seguro social?

Exigimos que los números de la seguridad social otorguen subvenciones, ya que usted participará en una transacción que requiere notificación al Servicio de Impuestos Internos.

P: ¿Puedo enviar un fax o un correo electrónico a mi solicitud de subvención?

No, todas las solicitudes deben enviarse a través del sitio web o enviarse por correo postal.

P: He enviado mi solicitud. ¿Cuánto tiempo hasta saber si mi aplicación ha sido aprobada?

Las solicitudes aprobadas normalmente se entregarán dentro de los 60 días posteriores a la recepción de una solicitud. Los solicitantes serán notificados por correo electrónico o correo electrónico si las aplicaciones están incompletas y se requiere información adicional.

P: ¿Cómo puedo confirmar que mi aplicación ha sido recibida?

Recibirá un correo electrónico de confirmación cuando envíe su solicitud en línea. Cuando envíe su solicitud por correo, solicite confirmación de entrega o un recibo de devolución en la oficina postal. **No podemos aceptar llamadas telefónicas preguntando si se han recibido solicitudes.**

P: ¿Hay una cantidad máxima que puedo solicitar?

El máximo que podemos otorgar por niño es de \$500 por año.

P: ¿Los fondos de la subvención se pagan directamente a las familias?

En ningún momento se transfieren los fondos a las familias. Todas las subvenciones otorgadas se pagan directamente al proveedor y / o proveedor de servicios. Al completar la solicitud de subvención, debe ser MUY específico sobre los artículos necesarios, dónde comprarlos y el costo estimado de cada artículo. Si se solicita dinero para facturas relacionadas con temas médicos, se requiere la información de facturación y el monto.

P: Tenemos tantas cuentas médicas, tenemos problemas para pagar las facturas de renta / electricidad / agua / teléfono. ¿Puede la Fundación ayudar a pagar este tipo de facturas?

Las pautas de esta subvención no permiten el pago de ninguna otra cosa que no sean facturas o materiales que estén directamente relacionados con su hijo con autismo.

P: No sé si esta solicitud se encuentra dentro de las pautas de la subvención. ¿Debería enviar una solicitud?

Sí. Si su solicitud es para algo diferente de NECESSITIES para su hijo con autismo, no está dentro de las pautas de la subvención. Esas necesidades cuestionables serán determinadas por los miembros de la junta de la Fundación y deben ser apoyadas por una carta de recomendación.

P: Tengo seguro de salud. ¿Todavía puedo solicitar asistencia? Sí.

Solicitud por Ayuda Directa de la Carlos Vieira Foundation

AYUDANDO A FAMILIAS QUE VIVEN CON EL AUTISMO

Favor de llenar esta solicitud completamente, escribiendo de manera legible en letra de molde. No se considerará solicitudes ilegibles.

Política de Privacidad:

La información escrita en esta solicitud será privada y confidencial, y solamente será utilizada por la Fundación.

Niño/a con autismo (Si se pide ayuda por más de un menor autista, favor de llenar otra solicitud):

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de seguridad social: _____

Madre/Tutora Legal: Marque aquí si ud. quiere recibir correo a esta dirección

Nombre: _____ Relación al Menor: _____

Estado Civil: _____ Número de seguridad social: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Calle/Ciudad/C.P.: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección de Empleador: _____

Padre/Tutor Legal: Marque aquí si ud. quiere recibir correo a esta dirección

Nombre: _____ Relación al Menor: _____

Estado Civil: _____ Número de seguridad social: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Calle/Ciudad/C.P.: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección de Empleador: _____

Dirección de Envío si es distinta de la dirección de correo:

Calle/Ciudad/C.P.: _____

Información sobre Hijos(as) Dependientes:

1. Nombre: _____ Edad: _____ Autista: Sí _____ No _____
2. Nombre: _____ Edad: _____ Autista: Sí _____ No _____
3. Nombre: _____ Edad: _____ Autista: Sí _____ No _____
4. Nombre: _____ Edad: _____ Autista: Sí _____ No _____
5. Nombre: _____ Edad: _____ Autista: Sí _____ No _____

Médico(s) implicado(s) con el diagnóstico y/o tratamiento del autismo del menor:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

Artículos que Se Pide que Compre la Fundación si Se Concede la Subvención:

Notificación: Favor de describir de manera **muy específica** la ayuda monetaria o los artículos necesitados por su hijo/a. No se concederá dinero directamente a las familias en caso alguno. Se paga toda concesión subvencional directamente al vendedor y/o el proveedor del servicio. Entre otras cosas, las cosas pagadas pueden tratar de matrícula por clases específicas, suplementos/medicamentos, evaluaciones médicas, materiales para aprendizaje, exámenes, terapias, etc.

Artículo #1: _____ COSTO: \$ _____
Proveedor de servicio, vendedor o lugar para comprar artículos: _____
Artículo #2: _____ COSTO: \$ _____
Proveedor de servicio, vendedor o lugar para comprar artículos: _____
Artículo #3: _____ COSTO: \$ _____
Proveedor de servicio, vendedor o lugar para comprar artículos: _____

Subvenciones Previas:

¿Usted ha recibido previamente fondos de la Carlos Vieira Foundation? Sí _____ No _____ Año _____

Correspondencia Futura:

¿Cómo preferirías recibir cualquier correspondencia futura? Correo Postal _____ Correo Electrónico _____
¿Qué idioma preferirías para cualquier correspondencia futura? Inglés _____ Español _____



¿Le gustaría ser agregado a nuestra lista de correo trimestral de boletines para recibir importantes anuncios de fundaciones y actualizaciones sobre eventos futuros?

Sí, por correo postal ____ Sí, por correo electrónico ____ No ____

Descargo de Responsabilidad: Por el presente acepto liberar, indemnizar y eximir de toda responsabilidad La Carlos Vieira Foundation por cualquier daño o percance que pueda ocurrir y asumiré toda responsabilidad relacionada a daños (incluso daños ocasionados por negligencia) que ocurran con cualquier de los artículos asociados con este programa de Ayuda Directa. Al firmar a continuación entiendo y acepto estas condiciones.

Padres/Tutores: (Todos los padres o tutores legales deben firmar a continuación)

Nombre Completo en Letra de Molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Complete en Letra de Molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por Favor, Sépanse:

1. No podemos responder a llamadas telefónicas de los que quieren saber si se le han recibido sus solicitudes. En cuanto esté completo el proceso les contactaremos por correo aunque no le hayan aprobado.
2. No se considerará esta solicitud hasta que este formulario esté llenado de manera legible, firmado, y se haya recibido toda la documentación de apoyo.

Envíe la solicitud llenada por correo a:

CARLOS VIEIRA FOUNDATION
DIRECT HELP PROGRAM
6079 Washington Blvd.
Livingston, CA 95334



O complete la solicitud en línea en:

www.carlosvieirafoundation.org/apply-now

Para preguntas por favor envíe un correo electrónico a info@carlosvieirafoundation.org



Solicitud por Ayuda Directa de la Carlos Vieira Foundation
AYUDANDO A FAMILIAS QUE VIVEN CON EL AUTISMO

FORMULARIO DE DISPOSITIVO ELECTRONICO

(Incluya este adjunto a la Aplicación de Ayuda Directa)

Esta _____ se está solicitando para _____ :
 (Nombre del Dispositivo Electrónico) (Nombre del niño con autismo)

La información para este formulario se puede obtener de los padres del niño, maestro, especialista en AT, médico o cualquier otro profesional que pueda explicar cómo este dispositivo electrónico ayudará directamente con el autismo del niño.

Complete esta solicitud en su totalidad y recuerde imprimir claramente ya que no se pueden considerar las aplicaciones ilegibles.

1. Historia: ¿cuál es la historia de este individuo con el uso de este dispositivo electrónico? (es decir, en la escuela, con la familia, con amigos, dar ejemplos de éxito con la comunicación / progreso académico, etc.)

2. Si se utilizó antes, ¿qué aplicaciones o programas se usaron de forma sistemática o probaron con este individuo?

3. ¿Propósito primario futuro del dispositivo electrónico (recompensa, académico, comunicación, comportamiento, organización)? Por favor explique:

4. ¿Cuándo y dónde se usará este dispositivo electrónico?

5. ¿Qué tipos de aplicaciones o programas se usarán más y por qué?

6. ¿Cómo crees que este dispositivo será más útil para este individuo?

7. ¿Quién es la persona o personas que controlarán el uso de este dispositivo?

8. ¿El dispositivo irá a la escuela todos los días? ¿Actualmente la escuela está utilizando este dispositivo en el aula? Por favor incluya el nombre y número de teléfono del maestro de la persona.

Nota:

Este dispositivo se utilizará únicamente para ayudar a la persona con autismo mencionada en la solicitud y no a los miembros de la familia a usarla por motivos personales.

Nombre de las personas que ayudaron a completar estas preguntas:

Nombre: _____ Relación al niño/niña: _____

Nombre: _____ Relación al niño/niña: _____

Nombre: _____ Relación al niño/niña: _____

CARLOS VIEIRA FOUNDATION
DIRECT HELP PROGRAM
6079 Washington Blvd
Livingston, CA 95334