



Actualizado:

# Solicitud por Ayuda Directa de la Fundación Carlos Vieira

## AYUDANDO A FAMILIAS QUE VIVEN CON EL AUTISMO

Gracias por participar en nuestro Programa de Ayuda Directa. Nuestra misión es proporcionar servicios, necesidades médicas, y herramientas educativas a familias que viven en California Central y que están afectados por 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.

**Menor Autista** (Si se pide ayuda por más de un menor autista, favor de llenar otra solicitud):

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Menor: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ 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:**

¿Ud. ha recibido previamente fondos de la Fundación Carlos Vieira? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Descargo de Responsabilidad: Por el presente acepto liberar, indemnizar y eximir de toda responsabilidad La Fundación Carlos Vieira 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 en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

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

**Lista de Control:**

- Debe enviar por correo la solicitud completamente llenada.
- Debe enviar uno de los siguientes artículos para que se aprueba su solicitud (No se aceptarán los Programas Educativos Individualizados [IEP, por sus siglas en inglés] escolares como un diagnóstico del autismo):
  1. Comprobante de Diagnóstico del autismo de parte de un Psicólogo Escolar
  2. Comprobante de Diagnóstico del autismo de parte de un Psicólogo/Médico de un Centro Regional
  3. Comprobante de Diagnóstico del autismo de parte de un Psicólogo/Médico Particular
- Requisito: Adjunte la(s) devolución(es) de impuestos más reciente(s) (de parte de la IRS, por sus siglas en inglés) de ambos padres o tutores o no se podrá considerar la solicitud.
- Si ud. pide un dispositivo electrónico (p.ej. computadora, I-Pad, etc.) necesitará adjuntar una carta de recomendación de parte de un ATP/RESNA, Practicante de Tecnología de Apoyo, Logopeda, o Terapeuta Ocupacional que explica específicamente como este dispositivo ayudará a su hijo(a) con su autismo
- Si ud. pide un dispositivo electrónico (p.ej. computadora, I-Pad, etc.) necesitará llenar el *Formulario por Dispositivos Electrónicos* y entregarlo junto con esta solicitud.
- Favor de guardar una copia por su referencia.

**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



**Carlos Vieira Foundation**  
**AYUDANDO A FAMILIAS QUE VIVEN CON EL AUTISMO**