

ACT Today!
Autism Care Treatment Today!
Aviso del Programa de
Becas

La meta de ACT Today! es introducir y ayudar a facilitar el tratamiento temprano y en curso proporcionando los recursos necesarios incluyendo el financiamiento, la dirección, remisiones y carta recordativa a los individuos de desórdenes del espectro de Autismo y a sus familias. ACT Today! orgullosamente ofrece un programa de becas para los gravámenes y los tratamientos que no se pueden cubrir de otra manera privado o por otras fuentes de financiamiento de tercera persona tales como distritos de la escuela, programas del condado, seguro, y/o otra concesión que hace entidades.

Considerarán a los aspirantes que resuelven los criterios siguientes del programa de la concesión y terminan el uso de Grant para el ACT Today! concesiones. Desde en la mayoría de los casos, se entiende el padre o el guarda del aspirante terminará el uso, él que el aspirante será el individuo que recibe las ventajas de las concesiones.

Becas que hace la filosofía

Las becas de ACT Today! son diseñadas para proveer la ayuda financiera a los individuos y a las familias afectadas por el desorden del espectro de Autismo. **Los pagos de las becas serán hechos directamente a los abastecedores del tratamiento, a los asesores o a los vendedores pre-aprobados de los materiales.**

Cantidad Solicitada

Las becas serán asignadas basada en actividades anuales de la movilización de fondos. La Junta Directiva determinará el número y las cantidades de cada beca al principio de cada término. Los pedidos dotaciones o concesiones del multi-año no serán aceptados y los recipientes de las becas deben re-aplicar cada término.

- Aplicantes deben demostrar necesidad financiera proporcionando el siguiente:
 - Prueba de Ingresos de Casa
 - # de Dependientes
 - # de Dependientes con el desorden del espectro de Autismo
 - Información sobre el acceso a las fuentes de financiamiento de tercera persona
- Lo que sigue se debe enviar al ACT Today! para ser elegible para las becas:
 - Aplicación de la beca terminada, firmado y con la fecha
 - Verificación de la diagnosis
 - Documentación de el Proveedor de Tratamiento / La evaluación de Costos
 - Descripción de 300 palabras de situación familiar actual
 - Copia de declaraciones de impuestos mas reciente
- La Junta Directiva repasarán las aplicaciones de las becas y tomarán decisión quién lo debe recibir
- Los usos de las becas deben ser poste marcado no más adelante que la fecha del plazo especificada
- No se aceptará ninguna aplicación enviado por telefax o por correo electrónico
- La aplicación de la beca se debe enviar a:

ACT Today!
Attn: Grant Committee
509 Marin Street, Suite 123
Thousand Oaks, CA 91360

La fecha del último día para enviar la aplicación esta abajo. Aplicaciones deben incluir la información especificada. Aplicaciones incompletas no serán consideradas.

Aplicaciones Recibidas:	Recipientes Anunciados:
Enero 31	Marzo 20
Abril 30	Junio 20
Julio 31	Septiembre 20
Octubre 31	Diciembre 20



ACT Today! 509 Marin Street, Suite 123
Thousand Oaks, CA 91360
Phone (818) 340-4010
Toll-free:
(877) 9ACT-TODAY

**ACT Today!
Autism Care Treatment Today!
Aplicación**

Por favor imprima claramente en la forma abajo

Fecha de hoy: _____

¿Como escucho usted del programa de becas de ACT Today!? (por favor liste nombre si fue referido por una persona)

A usted solicitado una beca con ACT Today! anteriormente?

No Si, Fecha _____ Resultado _____

Información General

Nombre del Apicante (Niño/a afectado/a por Autismo):		Fecha de Nacimiento del Apicante:
Edad actual del Apicante:		Género del Apicante: <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/> VARÓN
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
1) Nombre de Guardián #1:		Relación:
Número de Teléfono de Casa:		Número de Celular:
Número de Trabajo:		Dirección Electrónico:
2) Nombre de Guardián #2:		Relación:
Número de Teléfono de Casa:		Número de Celular:
Número de Trabajo:		Dirección Electrónico:

Información de hermanos del Apicante

Ha sido diagnosticado con Autismo?

Nombre:	Edad:	Relación al Apicante:	Ha sido diagnosticado con Autismo?
Nombre:	Edad:	Relación al Apicante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nombre:	Edad:	Relación al Apicante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nombre:	Edad:	Relación al Apicante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nombre:	Edad:	Relación al Apicante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



ACT Today! 509 Marin Street, Suite 123
Thousand Oaks, CA 91360

Historia

Consentimiento: Esta forma autoriza el uso y/o el lanzamiento de la información protegida de la salud según lo observado abajo con objeto de el ACT Today! proceso de la revisión de la concesión. Doy el permiso a ACT Today! de verificar la información del tratamiento entrando en contacto con los vendedores del tratamiento directamente. Esta autorización será válida por un año a menos que esté indicada de otra manera. Entiendo que puedo revocar esta autorización en escribir en cualquier momento. _____

Firma/Fecha:

Diagnosis Actual:		Fecha de la Diagnosis:	
Diagnosticado por: (Nombre del médico)			
Nombre de la Institución Donde Fue Diagnosticado:		Número de Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Tratamiento

Tipo de Tratamiento	Historia de Tratamiento	Frecuencia	El Proveedor de Servicios
Terapia de Lenguaje	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Terapia Física	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Terapia Conductual (ABA)	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Dietas Especiales	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Prueba Biomédica	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Intervención Biomédica	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Grupos de Habilidades Sociales	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Otro: (explique por favor)	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Otro: (explique por favor)	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Otro: (explique por favor)	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Otro: (explique por favor)	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		
Otro: (explique por favor)	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> No aplicable		



Petición de Becas

Por favor elija solo **UN** artículo de la lista para solicitar ayuda de ACT Today!. Por favor note que si elige "Otro" su petición será considerada pero no es algo tradicionalmente aprobado por nuestra organización. Por favor también incluya copias de documentos comprobantes para su petición como cartas de recomendación del proveedor, descripciones de los servicios solicitados y prueba de costo, recibos, folletos, etc.

Debe incluir documentación de costos/servicios

<input type="checkbox"/> Terapia del Análisis Conductual Aplicado (ABA Therapy)	<input type="checkbox"/> ABA Therapy - Skills
<input type="checkbox"/> Terapia de Lenguaje	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional
<input type="checkbox"/> Exámenes Médicos	<input type="checkbox"/> Copagos Médicos
<input type="checkbox"/> Suplementos Dietéticos (GF/CF)	<input type="checkbox"/> Programa de Habilidades Sociales
<input type="checkbox"/> Programa de Campamento Veraniego	<input type="checkbox"/> Tecnología – Tableta (iPad, etc.)
<input type="checkbox"/> Tecnología - Aplicaciones	<input type="checkbox"/> Tecnología – Entrenamiento de Integración Auditiva
<input type="checkbox"/> Tecnología - Computadora	<input type="checkbox"/> Equipo de Seguridad – Barda/Cerca/Reja
<input type="checkbox"/> Equipo de Seguridad – Sistema de GPS	<input type="checkbox"/> Otro Equipo de Seguridad
<input type="checkbox"/> Perro de Servicio	<input type="checkbox"/> Equipo Sensorial
<input type="checkbox"/> Asistencia de Matricula Escolar	<input type="checkbox"/> Ayuda Legal
<input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique:	
Cantidad Solicitada (Máximo \$5,000):	Si ACT Today! no puede fundar su solicitud completa, aceptaría una beca parcial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Describa los detalles de su solicitud por este artículo: (Quien es el proveedor, cual será la duración y frecuencia del tratamiento, etc.)	

Información del Proveedor/Empresa

Nombre:	Número Telefónico:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Información Financiera

Ingreso Mensual de Guardián #1:	\$	Por favor incluye una copia de declaración de impuestos del año anterior
Ingreso Mensual de Guardián #2:	\$	Por favor incluye una copia de declaración de impuestos del año anterior
Otras Fuentes de Ingresos :		
Fuente:		
Cantidad Ingreso Mensual:	\$	
Fuente:		
Cantidad Ingreso Mensual:	\$	

Fuentes De Financiamiento (incluye otras becas)

Compruebe todas las fuentes de financiamiento que apliquen y terminen la información solicitada.

Privado/Médico Seguro

Compañía de Seguros :	Persona De Contacto:	Número De Teléfono:
Tratamientos Cubiertos:		

Centro Regional

Centro Regional:	Persona De Contacto:	Número De Teléfono:
Servicios Proporcionaron:		

Distrito De Escuela

Escuela Distrito:	Persona De Contacto:	Número De Teléfono:
Servicios Proporcionaron:		

Condado

Condado:	Persona De Contacto:	Número De Teléfono:
Servicios Proporcionaron:		

Otro

Describe:	Persona De Contacto:	Número De Teléfono:
Servicios Proporcionaron:		

Otro

Describe:	Persona De Contacto:	Número De Teléfono:
Servicios Proporcionaron:		



Descripción De La Situación De La Familia

Por favor Describa en 300 palabras o menos su situación de la familia. Usted puede utilizar el espacio abajo o unir una hoja separada. Si usted une una hoja separada por favor compruebe esta caja.

Cartas De Recomendación (Opcional)

Por favor una no más de dos letras de recomendación de el proveedor de servicio, de trabajadores del caso o de otros individuos al corriente de la situación de su familia. Las letras de la recomendación son opcionales y no deben ser más de una página.



LANZAMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA IMAGEN

por este medio doy autorización a ACT Today! para utilizar las fotografías, las reproducciones, las cintas video, las grabaciones o los endosos de mi niño/a para la publicidad, la movilización de fondos o cualquier otro propósito.

Nombre De Padres: _____

Descripción Del Uso: _____

Por este medio concedo a ACT Today! derechas siguientes:

1. A utilice el nombre de mi niño/a (usted puede preguntar que los nombres están retenidos - ve debajo), fotografía, cuadro, retrato, semejanza, y voz en la conexión con sus materiales o publicidad educativos o para cualquier otra legítima razón
2. El uso, reproduce, publica, exhibe, distribuye, y transmite mi niño/a imagen individualmente o conjuntamente con otras imágenes o materia impresa en la producción de folletos, las películas, cinta de la televisión, suenan grabaciones, fotografía inmóvil, CD-ROM, y otros medios
3. A registre, reproduzca, y amplifique mi imagen y todos los efectos sonoros producidos

Por este medio, suelto y descargo ACT Today! de cualquier y todos reclamos, las acciones y las demandas que surgen fuera de o con respecto al uso de dijo imagen, incluyendo, sin limitación, cualquier y todos reclamos para la invasión de intimidad y difamación. Yo por la presente renuncio el derecho de inspeccionar o aprobar mi/la imagen de mi niño o cualquier materiales de acabado que integran mi imagen. Comprendo y concuerdo que yo no recibiré compensación, ahora ni en el futuro, con respecto al uso de mi/la imagen de mi niño.

Represento que he leído preceder y entiendo totalmente el contenido.

Nombre De Autorizador: _____

Nombre Del Niño: _____

Firma Del Padre o Del Guardián: _____

Relación Al Cliente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Uso autorizado del nombre (circunde por favor uno): Sí No



ACT Today! 509 Marin Street, Suite 123
Thousand Oaks, CA 91360