



Adler's Voice

Solicitud de subvención

Adler's Voice Grant Program
PO Box 6344
Bend, Oregon 97708
541-408-1092
stephanie@adlersvoice.org

Rev. Noviembre de 2019

Muy agradecemos por su interés en el programa de subvenciones de Adler's Voice ("La Voz de Adler"). Proporcionamos asistencia a niños y jóvenes de hasta 21 años de edad residentes en Oregón que experimentan un trastorno de comunicación, para que puedan acceder a las herramientas que necesitan para comunicarse sin importar sus limitaciones. Creemos que la capacidad de comunicarse en cualquier forma, abre las puertas para todas las personas.

Adler's Voice proporciona dispositivos de Comunicación Aumentativa y Alternativa y fondos para servicios, tales como sesiones de terapia de habla y cursos de lenguaje de señas, para individuos con trastornos complejos de comunicación. No se considerarán las solicitudes de Tecnología Asistiva para fines educativos.

Por favor complete el siguiente formulario de solicitud y envíarlo por correo a la dirección que aparece más arriba, o enviarlo por correo electrónico a stephanie@adlersvoice.org. Dado que las aplicaciones incompletas o sin firmar no se pueden revisar, por favor tome el tiempo para responder a todas las preguntas y firmar el formulario después de su finalización. Si se solicita un iPad, por favor asegúrese de leer el Acuerdo del iPad al final del formulario de solicitud. Con el fin de cumplir con los requisitos para una aplicación exitosa, también tendrá que conectar un cable siguientes documentos:

1. Verificación de ingresos (talones de pago, cartas de declaraciones de beneficios, y similares) correspondientes a los 30 días que preceden a la aplicación
2. Copias de más reciente evaluación del IEP y/o del habla siendo solicitado
3. Una recomendación escrita de un médico, el lenguaje patólogo del habla, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o educador para el equipo o servicio
4. Autorización para divulgar la información de salud firmado

Para su comodidad, se han proporcionado las formas de (3) y (4). Las solicitudes son revisadas mensualmente. El proceso de revisión puede tardar de 30 a 45 días. Aquellas solicitudes que han sido aprobados serán notificados por teléfono. Las solicitudes incompletas o no elegibles serán notificados por correo.

A. Información personal

Con el fin de ponerse en contacto con usted y para evaluar su solicitud, necesitamos alguna información sobre usted y el niño que va a beneficiarse de la subvención. Por favor, empezar por decirnos acerca de ti mismo.

<u>Su nombre</u>	_____
<u>Su dirección</u>	_____ _____
<u>Su número(s) de teléfono</u>	_____ _____ _____ (Casa) _____ (Trabajo, en su caso) _____ (Móvil, en su caso)
<u>Su correo electrónico</u>	_____

Por favor decirnos sobre el niño para el que va a solicitar ayuda. Para los propósitos de esta aplicación, el niño será referido como "Solicitante."

<u>Nombre del solicitante</u>	_____
<u>Fecha de nacimiento</u>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ MM DD AAAA
<u>Sexo</u>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<u>Etnia (opcional)</u>	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Prefiro no contestar.
<u>Si está solicitando para alguien más, el solicitante es</u>	<input type="checkbox"/> su niño <input type="checkbox"/> su nieto <input type="checkbox"/> su hijo de crianza <input type="checkbox"/> su estudiante <input type="checkbox"/> _____

A. Información personal (cont.)

Por favor nos dice acerca de todas las personas que viven en la casa del solicitante, relacionadas y no relacionadas, y proporcionar alguna información básica sobre el ingreso de los hogares. Si necesita espacio adicional para listar los miembros de la familia, por favor utilice la parte posterior de la página. Como se mencionó en la primera página de este formulario de solicitud, por favor asegúrese de proporcionar copias de los recibos de pago y las declaraciones de elegibilidad o beneficios.

Nombre de adultos en el hogar y su relación con el solicitante

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____


Los nombres de los niños en el hogar y su relación con el solicitante

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ingresos mensuales brutos de todos los adultos que viven en el hogar

_____ | .00 \$ → 

Asistencia Pública, en su caso

Oregon Health Plan → 

TANF | _____ | .00 \$

SSI | _____ | .00 \$

SNAP | _____ | .00 \$

B. Necesidades de comunicación del solicitante

Por favor, díganos cómo el solicitante se comunica actualmente y qué métodos de comunicación utiliza el solicitante. Con el fin de evaluar esta solicitud de ayuda, es importante para nosotros entender que el solicitante se encuentra actualmente con sus necesidades de comunicación.

Diagnóstico médico del solicitante

¿Cómo describiría el nivel actual del solicitante de la comunicación expresiva?

Si el solicitante es no verbal, ¿cómo está él/ella comunicando? Marque todo lo que corresponda.

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas | <input type="checkbox"/> PECS | <input type="checkbox"/> PODD |
| <input type="checkbox"/> iPad | <input type="checkbox"/> Otro dispositivo de alta tecnología(s) | |
| <input type="checkbox"/> Gestos/Señalador | <input type="checkbox"/> Vocalizaciones | |
| <input type="checkbox"/> La mirada | <input type="checkbox"/> _____ | |

Las siguientes cuatro preguntas pueden ser omitida si el solicitante no utiliza un iPad para fines de comunicación.

Si el solicitante es usar un iPad para la comunicación, ¿que han AAC aplicaciones que se utiliza en este dispositivo?

B. Necesidades de comunicación (cont.)

¿Qué tan hábil es el solicitante en el uso del iPad?
Marque todo lo que corresponda.

- Independiente
- Necesita ayuda de un adulto para conseguir aplicaciones configurado
- Necesita de supervisión de adultos para mantenerse en la misma aplicación
- Necesita ayuda constante
- Puede transportar el dispositivo de seguridad de un entorno a otro

¿Cómo está usted competente en el uso del iPad?

- Muy Algo De ningún modo

¿Cómo está usted competente en la comunicación de modelado en el iPad?

- Muy Algo De ningún modo

Por favor, díganos que proporciona patología de la lengua (SLP) y aumentativa y servicios alternativos de comunicación (AAC) y apoya al solicitante, tanto en el entorno escolar y, en caso, la práctica privada aplicables. Es posible que necesite ponerse en contacto estas personas si tenemos preguntas relativas a las necesidades de comunicación de la demandante, por lo que podemos entender mejor cómo podemos ser capaces de ayudar.

Profesor del habilidades para la vida

Distrito escolar

Dirección

Número de teléfono

Correo electrónico

B. Necesidades de comunicación (cont.)

La Escuela o ESD SLP

Agencia

Dirección

Número de teléfono

Correo electrónico

Especialista AAC

Agencia

Dirección

Número de teléfono

Correo electrónico

SLP práctica privada,
en su caso

Clínica

Dirección

Número de teléfono

Correo electrónico

C. ¿Cómo podemos ayudar?

Por favor nos dice más acerca de la naturaleza de su solicitud. Si está solicitando la tecnología de asistencia, por favor proporcionar información sobre la forma en que el solicitante utilizará la tecnología. Esto nos ayudará a determinar si será necesario ningún apoyo adicional con el fin de que el dispositivo sea utilizado con éxito por el solicitante.

¿Qué equipos, dispositivos, aplicaciones o servicios que se solicitan para el solicitante?

Si solicita la tecnología de asistencia, ¿cómo la tecnología requerida puede utilizar en casa?

¿Puede anticipar cualquier barrera a la utilización de la tecnología requerida en el hogar? Por favor describa.

¿La tecnología requerida ser utilizado en la escuela? Si es así, ¿cómo?

C. ¿Cómo podemos ayudar? (cont.)

¿El uso de la tecnología requerida ser apoyado por el equipo IEP del solicitante?

Sí No

¿El solicitante ha tenido un período de prueba con la tecnología requerida? Si es así, por favor describa.

D. Declaración

He adjuntado los siguientes documentos obligados:

- Verificación de ingresos
- Evaluación del habla y/o IEP
- Cumplimentado y firmado referencia de especialista
- Autorización para divulgar la información de salud firmado

Certifico que la información del artículo anterior es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Si se solicita un iPad, la presente reconozco que he leído, comprendido y aceptado los términos del Acuerdo de iPad a continuación (véase sección E, página 9).

Fecha

Firma

X

E. Acuerdo del iPad

Al presentar una solicitud de programa de subvenciones de Adler's Voice que incluye una solicitud de un iPad, el solicitante (o, si el solicitante es menor de edad, el padre/tutor del solicitante, y para los efectos del presente acuerdo sólo sucesivo, se denominan colectivamente como "Solicitante") reconoce y acepta lo siguiente:

1. Adler's Voice le brinda el iPad al Solicitante a condición de que el iPad se use por y al beneficio del Solicitante, para facilitar, aumentar, y/o mejorar la comunicación. Conforme a las mejores prácticas aconsejadas, no se usará el iPad a ningún otro fin.
2. Por eso, el Solicitante comprende y conviene que el iPad será "bloqueado" de poder instalar cualquier otra aplicación que sea, salvo la aplicación CAA brindada por Adler's Voice, de modo que el iPad sea un dispositivo dedicado únicamente a la comunicación.
3. Con cada iPad, Adler's Voice brindará la aplicación específica CAA pedida en la solicitud.
4. En caso de ser aprobada la concesión del Solicitante, previa aceptación de la iPad, el Solicitante acepta la plena propiedad del dispositivo, y se compromete a ser responsable, a costa del Solicitante, para hacer las reparaciones Solicitante dispone razonablemente necesarias para permitir el uso continuado del dispositivo por parte del niño del Solicitante.
5. Una vez Solicitante acepta la entrega del dispositivo, Adler's Voice no es responsable por cualquier costo asociado con el dispositivo, incluyendo la reparación o sustitución. El Solicitante se compromete a asumir la plena responsabilidad financiera para la reparación o el reemplazo del iPad y cualquier otro accesorio que por Adler's Voice.
6. El Solicitante se compromete a enviar el iPad a la escuela con el receptor sobre una base diaria; al utilizar el dispositivo para la medida de lo razonablemente posible en configuraciones de tratamiento privadas; y para todos los esfuerzos razonables del solicitante para incorporar el dispositivo en la vida cotidiana del destinatario.
7. El Solicitante se compromete a participar en una serie de 3 a 4 cursos de formación sobre la aplicación de los dispositivos de AAC, proporcionados sin costo por Adler's Voice. Además, el solicitante se compromete a proporcionar informes de situación sobre el uso del solicitante de la iPad a 1 mes intervalos de 6 meses y 12 meses desde la fecha en que el solicitante recibe el iPad, para compartir los éxitos y desafíos, y para proporcionar recomendaciones y sugerencias sobre la forma de Adler's Voice podría mejorar sus programas.

Autorización de HIPAA privacidad para divulgar información sanitaria

Autorización para el uso o divulgación de la información médica protegida

(Requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, 45 C.F.R. secc. 160 y 164)

Nombre _____ Fec. Nac. _____ Seguro Social _____

Autorizo a los individuos/agencias/organizaciones se marcan a continuación para liberar y compartir la información de salud de un individuo identificado anteriormente con Adler's Voice con el propósito de evaluar solicitud de subvención del individuo.

Distrito escolar: _____ ESD: _____

Otro: _____ Otro: _____

Otro: _____ Otro: _____

Entiendo y acepto que el tipo de información que se indica a continuación puede ser revelada/intercambiado (sus iniciales en todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Evaluación(es)	<input type="checkbox"/> Planes de Educación Individual (IEPs)
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Evaluaciones cognitivas y adaptativas
<input type="checkbox"/> Plan de terapia y notas	<input type="checkbox"/> Planes de Servicio Individuales
<input type="checkbox"/> Plan de gestión de casos	<input type="checkbox"/> Diagnóstico y recomendaciones
<input type="checkbox"/> Med. notas de gestión/Registro de medic.	<input type="checkbox"/> Planes de Apoyo Familiar Individualizado
<input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Declaración de Elegibilidad DD	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Entiendo y acepto que los siguientes tipos de información también pueden ser revelada/intercambiado, pero sólo si escribo mis iniciales en el espacio junto a la información:

<input type="checkbox"/> Psiquiátricos/Registros de salud mental	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Prueba genética	<input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas diagnóstico, tratamiento, remisión

Entiendo que esta autorización es válida por un año, a menos que se especifique lo contrario. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Dicha cancelación no afecta a toda la información ya divulgada. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario.

Yo entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por el recipiente y ya no estar protegida por la ley federal o estatal, SALVO QUE divulguen, por el receptor de la información relacionada con el VIH/SIDA, salud mental, alcohol o drogas tratamiento, o información de pruebas genéticas se prohíbe sin mi autorización a menos que lo permita la ley estatal o federal.

Yo entiendo que mi información personal de salud es confidencial y puede ser protegido por las leyes estatales y federales, y apruebo la liberación de mi información médica personal de acuerdo con esta autorización. Estoy firmando esta autorización voluntariamente y sin presión o coerción. Reconozco que se me ha ofrecido una copia de este formulario.

Fecha _____

Firma _____ **X**

Relación de firmante al individual Yo Padre Guardián* Tutor legal*

* La documentación de tutela/custodia en el archivo/proporcionado por solicitud

Forma de referencia

Su médico o terapeuta pueden enviar en su propia forma de referencia, si se prefiere. Todos los campos de la sección Fuente de Referencia deben ser incluidos para la aplicación que se considere completa.

Fuente de referencia

Fecha de la consulta	_____
Médico o terapeuta nombre	_____
Dirección	_____ _____
Número de teléfono	_____
Número de fax	_____
Correo electrónico	_____

Detalles del paciente

Nombre del paciente	_____
Diagnóstico	_____

Tecnología o servicios solicitados

Sírvanse proporcionar detalles específicos acerca de las necesidades de comunicación del paciente y su nivel actual de la comunicación.

Médico o terapeuta firma _____

X