

A Chance for Therapy, Inc.

Beca para Terapias o para el Material de Terapia en Casa Parte B

SOLICITUD / INFORMACION GENERAL DEL NIÑO

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M _____ F _____
RAZA/ETNICIDAD: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)
NATIVO AMERICANO/INDIO AMERICANO/ NATIVO ALASKA _____ ASIATICO _____
NEGRO/AFROAMERICANO _____ NATIVO HAWAIANO/OTRA ISLA DEL PACIFICO _____
CAUCASICO _____ MEDIO ESTE/NORTE AFRICANO _____ OTRO _____ RAZA MEZCLADA _____
LATINO/HISPANO/ORIGEN ESPAÑOL _____ PREFIERO NO CONTESTAR _____
DIAGNOSTICO: _____
QUE TIPO DE TERAPIA ESTA BUSCANDO PARA SU NIÑO? (MARQUE SOLO UNO)
FISICA: _____ OCUPACIONAL: _____ LENGUAJE: _____
SEGURO SOCIAL #: _____ FECHA DE SOLICITUD: _____
QUIEN LO REFIRIO CON ACT4ME?: _____

PADRES O TUTOR - INFORMACION GENERAL

PADRE O TUTOR # 1- ESPECIFICAR LA RELACION CON EL NIÑO: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
ESTADO CIVIL: _____ SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCION: _____ DEPTO : _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
NOMBRE DEL EMPLEADOR/ DIRECCION: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
TEL HOGAR: _____ TEL CELULAR: _____
TEL OFICINA: _____ E-MAIL: _____

PADRE O TUTOR # 2- ESPECIFICAR LA RELACION CON EL NIÑO: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
ESTADO CIVIL: _____ SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCION: _____ DEPTO : _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
NOMBRE DEL EMPLEADOR/ DIRECCION: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
TEL HOGAR: _____ TEL CELULAR: _____
TEL OFICINA: _____ E-MAIL: _____

TERAPIA PRIVADA DEL SOLICITANTE

SU HIJO ESTA RECIBIENDO ACTUALMENTE TERAPIA? SI _____ NO _____
FISICA: SI _____ NO _____ HRS/SEMANA: _____
CLINICA/TERAPISTA: _____ TEL: _____
OCUPACIONAL: SI _____ NO _____ HRS/SEMANA: _____
CLINICA/TERAPISTA: _____ TEL: _____
LENGUAJE SI _____ NO _____ HRS/SEMANA: _____
CLINICA/TERAPISTA: _____ TEL: _____

INFORMACION INGRESO FAMILIAR ANUAL

PADRE O TUTOR # 1 INGRESO ANUAL: _____
PADRE O TUTOR # 2 INGRESO ANUAL : _____
INGRESO TOTAL ANUAL: _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SEGURO: _____
DIRECCION DEL
SEGURO: _____
NOMBRE DEL CONTACTO: _____ TEL: _____
NUMERO DE I.D.: _____ NUMERO DEL GRUPO: _____
NOMBRE DEL TITULAR: _____ RELACION: _____
ALGUNAS DE LAS TERAPIAS LAS CUBRE SU SEGURO? SI _____ NO _____
SI ES ASI, QUE TIPO DE TERAPIA Y CUANTAS SESIONES AL AÑO?

UNA VEZ TERMINADAS, PUEDE VOLVER A SOLICITAR APROBACION PARA RECIBIR
MAS TERAPIAS? SI _____ NO _____

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION

ESTO AUTORIZA EL USO DE INFORMACION MEDICA PARA EL PROCESO DE REVISION
DE SOLICITUDES POR ACT4ME, INC. YO _____
RELACION AL SOLICITANTE: _____
AUTORIZO A ACT4ME, INC., A LA JUNTA DE CONSEJO Y AL COMITE DE APROBACION
DE BECAS A VERIFICAR EL HISTORIAL MEDICO, POLIZA DE SEGURO Y CUALQUIER
INFORMACION SOBRE EL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE CON SUS PROVEDORES. ME
RESERVO EL DERECHO A CANCELAR LA AUTORIZACION EN CUALQUIER MOMENTO A
ACT4ME, INC., POR CORREO CERTIFICADO. ESTO CANCELARA LA SOLICITUD.

FECHA: _____ PADRE O TUTOR# 1- FIRMA: _____
FECHA: _____ PADRE O TUTOR# 2- FIRMA: _____

