

## 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: \_\_\_\_\_  
TEL HOGAR: \_\_\_\_\_ TEL CELULAR: \_\_\_\_\_  
TEL OFICINA: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL EMPLEADOR/ DIRECCION: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

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

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

## **INFORMACION DE LOS DEMAS DEPENDIENTES**

NOMBRE # 1: \_\_\_\_\_ PARENTEZCO DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ ALGUN DIAGNOSTICO SIMILAR: \_\_\_\_\_  
NOMBRE # 2: \_\_\_\_\_ PARENTEZCO DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ ALGUN DIAGNOSTICO SIMILAR: \_\_\_\_\_  
NOMBRE # 3: \_\_\_\_\_ PARENTEZCO DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ ALGUN DIAGNOSTICO SIMILAR: \_\_\_\_\_

## **SITUACION FAMILIAR/ BREVE DESCRIPCION**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **INFORMACION MÉDICA DEL SOLICITANTE**

DIAGNOSTICO ACTUAL: \_\_\_\_\_  
FECHA DEL DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_  
DIAGNOSTICADO POR (NOMBRE DEL MEDICO): \_\_\_\_\_  
ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
HAY OTROS MEDICOS INVOLUCRADOS EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

## **ESCUELA ACTUAL DEL SOLICITANTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL PROFESOR: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_  
SU NIÑO TIENE UN IEP EN LA ESCUELA ? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
SI ES ASI, EN QUE PROGRAMA(S) ESTA? \_\_\_\_\_  
SU NIÑO ESTA ACTUALMENTE RECIBIENDO TERAPIA EN LA ESCUELA? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
FISICA: SI \_\_\_ NO \_\_\_ HRS/SEMANA: \_\_\_\_\_  
OCUPACIONAL: SI \_\_\_ NO \_\_\_ HRS/SEMANA: \_\_\_\_\_  
LENGUAJE: SI \_\_\_ NO \_\_\_ HRS/SEMANA: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

# **MATERIALES DE TERAPIA EN CASA**

LOS RECURSOS SOLICITADOS SERAN UTILIZADOS PARA LA TERAPIA O PARA MATERIAL DE TERAPIA EN CASA Y NO DEBEN EXCEDER DE \$3,500.00 POR NIÑO SE OTORGARA UNA SOLA BECA POR NIÑO

## **MI SOLICITUD DE BECA ES PARA**

TERAPIA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

O

MATERIALES DE TERAPIA EN CASA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

PORFAVOR DESCRIBIR LA LISTA DE MATERIALES SOLICITADOS PARA LA TERAPIA EN CASA, PROVEEDOR, Y COSTO. USTED PUEDE ANEXAR UNA HOJA CON LA LISTA MATERIALES ADICIONALES QUE DESEA SOLICITAR.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **FIRMAS PARA LA SOLICITUD DE BECA**

ESTA USTED ACTUALMENTE SOLICITANDO OTRA BECA EN ALGUNA OTRA ORGANIZACION? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SI ES ASI EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

---

---

HA SOLICITADO OTRA BECA EN ALGUNA OTRA ORGANIZACION? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SI ES ASI EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

---

---

YO \_\_\_\_\_ CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION INCLUIDA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y VERIFICABLE.

---

---

FIRMA DEL PADRE O TUTOR# 1 FECHA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR# 2 FECHA