

A Chance for Therapy, Inc.

Bolsa para Terapia ou Suprimentos de Terapia Domiciliar Formulário de Candidatura

Parte B

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O CANDIDATO/CRIANÇA

SOBRENOME: _____ NOME: _____
IDADE ATUAL : _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
SEXO : M _____ F _____
RAÇA/ETNIA: (*MARQUE TUDO O QUE SE APLICA*)
NATIVO AMERICANO/ÍNDIO AMERICANO/ NATIVO DO ALASCA ___ ASIÁTICO ___
NEGRO OU AFRO-AMERICANO ___ NATIVO HAVAIANO/OUTRO ILHÉU DO
PACÍFICO ___ BRANCO ___ ORIENTE MÉDIO/NORTE AFRICANO ___ OUTROS ___
OUTROS MESTIÇOS ___ ORIGEM LATINA/HISPÂNICA/ESPANHOLA ___
PREFEREM NÃO RESPONDER _____
DIAGNÓSTICO _____
QUE TIPO DE TERAPIA VOCÊ ESTÁ PROCURANDO? (CONFIRA APENAS UM)
FÍSICO: _____ OCUPACIONAL: _____ FONO AUDIO: _____
PREVIDÊNCIA SOCIAL # : _____ DATA DE APLICAÇÃO: _____

COMO VOCÊ OUVIU FALAR SOBRE O ACT4ME?: _____

INFORMAÇÕES GERAIS DOS PAIS / TUTORES

GUARDIÃO #1- ESPECIFIQUE A RELAÇÃO COM A CRIANÇA: _____

SOBRENOME: _____ NOME: _____
ESTADO CIVIL : _____ SEGURANÇA SOCIAL: _____
ENDEREÇO: _____ APT #: _____
CIDADE: _____ STATE: _____ CEP: _____
TEL CASA: _____ TEL CELULAR: _____
TRABALHO TEL: _____ E-MAIL: _____
NOME / ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

GUARDIÃO #2 - ESPECIFIQUE A RELAÇÃO COM A CRIANÇA: _____

SOBRENOME: _____ NOME: _____
ESTADO CIVIL : _____ SEGURANÇA SOCIAL: _____
ENDEREÇO: _____ APT #: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
TEL CASA: _____ TEL CELULAR: _____
TRABALHO TEL: _____ E-MAIL: _____

NOME / ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

INFORMAÇÕES DE OUTRA PESSOA DEPENDENTE (NÃO REQUERENTE)

NOME # 1: _____ RELACAO COM O CANDIDATO: _____
IDADE: _____ ALGUM DIAGNÓSTICO/INCAPACIDADE SEMELHANTE: _____
NOME # 2: _____ RELACAO COM O CANDIDATO: _____
IDADE: _____ ALGUM DIAGNÓSTICO/INCAPACIDADE SEMELHANTE: _____
NOME # 3: _____ RELACAO COM O CANDIDATO: _____
IDADE: _____ ALGUM DIAGNÓSTICO/INCAPACIDADE SEMELHANTE: _____

SITUAÇÃO FAMILIAR / BREVE DESCRIÇÃO

INFORMAÇÃO MÉDICA DO REQUERENTE / CRIANÇA

DIAGNÓSTICO ATUAL: _____
DATA DO DIAGNÓSTICO: _____
DIAGNOSTICADO POR (NOME DO MÉDICO): _____
ESPECIALIDADE: _____ TEL: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
EXISTEM OUTROS MÉDICOS ENVOLVIDOS NO TRATAMENTO DA CRIANÇA?
SIM _____ NO _____
NOME: _____ ESPECIALIDADE: _____ TEL: _____
NOME: _____ ESPECIALIDADE: _____ TEL: _____
NOME: _____ ESPECIALIDADE: _____ TEL: _____

ESCOLA FREQUENTADA PELO CANDIDATO

NOME: _____ ENDEREÇO: _____
TEL: _____ NOME DA PROFESSORA: _____ SERIE: _____
O CANDIDATO TEM UM IEP ESCOLAR? S _____ N _____
EM CASO AFIRMATIVO, EM QUE PROGRAMA(S) SE ENCONTRA?

O CANDIDATO ESTÁ ATUALMENTE RECEBENDO TERAPIA NA ESCOLA?

S _____ N _____

FÍSICO: S _____ N _____ HRS SEMANAL: _____

OCUPACIONAL: S _____ N _____ HRS SEMANAL: _____

FONO AUDIO: S _____ N _____ HRS SEMANAL: _____

TERAPIA PRIVADA ATENDIDA PELO CANDIDATO

SEU FILHO ESTÁ ATUALMENTE RECEBENDO TERAPIA PRIVADA? Y _____ N _____

FÍSICO: Y _____ N _____ HRS SEMANAL: _____

NOME DO PROVEDOR: _____ TEL: _____

OCCUPACIONAL: Y _____ N _____ HRS SEMANAL: _____

NOME DO PROVEDOR: _____ TEL: _____

DISCURSO: Y _____ N _____ HRS SEMANAL: _____

NOME DO PROVEDOR: _____ TEL: _____

INFORMAÇÕES SOBRE RENDA FAMILIAR

GUARDIÃO # 1 RENDA BRUTA ANUAL: _____

GUARDIÃO # 2 RENDA BRUTA ANUAL: _____

OUTRA FONTE E MONTANTE DO RENDIMENTO ANUAL: _____

COBERTURA DE SEGURO DE SAÚDE DO REQUERENTE / CRIANÇA

INOME DA SEGURADORA: _____

ENDEREÇO DE SEGURO: _____

PESSOA DE CONTATO: _____

TEL: _____ NÚMERO DO I.D.: _____

NÚMERO DO GRUPO: _____

SEGURO PRIMÁRIO: _____ RELACAO: _____

ALGUM TIPO DE TERAPIA É COBERTO PELO SEU SEGURO? S _____ N _____

SE SIM, QUE TIPO DE TERAPIA E QUANTAS SESSÕES POR ANO?

VOCÊ PODE SOLICITAR SESSÕES ADICIONAIS COM O SEU SEGURO?

S _____ N _____

CONSENTIMENTO PARA LIBERAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

ISTO AUTORIZA A UTILIZAÇÃO E/OU LIBERTAÇÃO DA SAÚDE PROTEGIDA

INFORMAÇÕES CONFORME MENCIONADO ACIMA PARA FINS DO PROCESSO DE REVISÃO DE BOLSA PELA ACT4ME, INC. Eu _____
RELAÇÃO COM O CANDIDATO: _____

DAR PERMISSÃO À ACT4ME, INC., SEU CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E/OU CONCEDER COMITÊ DE REVISÃO, PARA VERIFICAR TODO O HISTÓRICO MÉDICO, COBERTURA DE SEGURO E INFORMAÇÕES DE TRATAMENTO, ENTRANDO EM CONTATO DIRETAMENTE COM OS PROVEDORES. EU RESERVO-ME O DIREITO DE REVOGAR ESTA AUTORIZAÇÃO POR ESCRITO PARA A ACT4ME, INC., A QUALQUER MOMENTO, USANDO CORREIO CERTIFICADO COM RECIBO DE DEVOLUÇÃO. ISSO TAMBÉM CANCELARÁ O PROCESSO DE REVISÃO DE BOLSA, INSCRIÇÃO E CONCESSÃO.

DATA: _____ GUARDIAN # 1- ASSINATURA: _____

DATA: _____ GUARDIAN # 2- ASSINATURA: _____

SUPRIMENTOS DE TERAPIA DOMICILIAR

FUNDOS PODEM SER SOLICITADOS PARA TRATAMENTO DIRETO COM A TERAPIA DA CRIANÇA PROVEDOR PARA UM VALOR DE CONCESSÃO ÚNICA NÃO SUPERIOR A US \$ 3.500,00 OU PARA QUE OS SUPRIMENTOS DE TERAPIA DOMICILIAR NÃO EXCEDAM A MESMA QUANTIDADE DE VALOR.

O MEU PEDIDO DE SUBVENÇÃO APLICA-SE A:

TRATAMENTO DIRETO: YES ___ NO ___

OU

SUPRIMENTOS DE TERAPIA DOMICILIAR: YES ___ NO ___

POR FAVOR, DESCREVA ABAIXO O ITEM QUE VOCÊ ESTÁ SOLICITANDO. CERTIFIQUE-SE DE INCLUIR A DESCRIÇÃO DO ITEM, O FORNECEDOR E O CUSTO. VOCÊ PODE USAR E ANEXAR UMA FOLHA SEPARADA, SE NECESSÁRIO.

ASSINATURAS DO PEDIDO DE BOLSA

NO MOMENTO, VOCÊ ESTÁ SOLICITANDO UMA (S) BOLSA (S) DE OUTRA ORGANIZAÇÃO? YES ___ NO ___ EM CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE:

VOCÊ JÁ SOLICITOU UMA BOLSA DA ACT4ME, INC.?:
YES ___ NO ___ EM CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE: _____

I _____ CERTIFICO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES
INCLUÍDAS NESTE A APLICAÇÃO É VERDADEIRA E VERIFICÁVEL.

ASSINATURA DOS PAIS/TUTOR# 1 DATA

ASSINATURA DOS PAIS/TUTOR# 2 DATA