

Solicitud de Subvención para Padres

Nombre del Solicitante (niño/a): Nombre, MI, Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Genero _____

Nombre del padre/encargado _____

Ocupación _____

Relación con el niño _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono Celular _____

Correo electrónico _____

Método preferido de contacto _____

Educador de Padres de Beginnings _____

Cantidad solicitada _____

Servicios que recibe o recibirá el niño en el próximo año y lo que pagará la familia por cada uno:

- | | |
|--|--|
| ☐ Costos de Transportación \$ _____ | ☐ Estadías fuera de la casa \$ _____ |
| ☐ Programa Prescolar \$ _____ | |
| ☐ Citas médicas \$ _____ | |
| ☐ Compra de audífonos \$ _____ | ☐ Mantenimiento de Audífonos (e.g., moldes, baterías) |
| ☐ Ajuste de audífonos \$ _____ | \$ _____ |
| ☐ Citas de Implantes cocleares \$ _____ | ☐ Adiestramiento para padres \$ _____ |
| ☐ Dispositivos (ej., Sistema FM, Dispositivos a Asistencia auditiva para niños menores de 5 años) | |
| ☐ Otros _____ | |

Número total de dependientes incluyendo el solicitante _____

Ingreso Bruto anual

- | | |
|--|---|
| ☐ \$20,000 o menos | ☐ \$20,001 - \$35,000 |
| ☐ \$35,001 - \$45,000 | ☐ \$45,001 - \$60,000 |
| ☐ \$60,001 - \$80,000 | ☐ \$80,001 - \$100,000 |
| ☐ \$100,000+ | |

Preguntas (Favor de responder las siguientes preguntas)

- *Describa otros recursos financieros para los que ha solicitado, pero no califica y por qué.*
- *Cuéntenos acerca de su familia, incluyendo información sobre sus otros hijos y cualquier dificultad que ellos tengan y cualquier otra circunstancia especial existente.*
- *Describa un logro que su hijo haya alcanzado*
- *¿Si usted recibe esta ayuda, como la utilizara?*

Certifico que mis respuestas son exactas y verdaderas a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información fraudulenta o engañosa me hará inelegible para cualquier ayuda financiera. Entiendo que, si somos seleccionados para recibir una subvención, BEGINNINGS puede publicar información general sobre el premio y le doy permiso a BEGINNINGS para publicar, sin cargos, fotografías y narraciones.

Nombre Impreso

Firma

Fecha

Criterios

- 1) La Familia debe tener un Educador de Padres de Beginnings
- 2) La familia debe proporcionar una copia de un informe audiológico dentro del último año
- 3) El niño debe tener menos de 22 años
- 4) La familia debe residir en Carolina del Norte
- 5) Los padres / tutores deben ser capaces de presentar claramente su necesidad de asistencia financiera y los planes para los fondos de la subvención
- 6) La familia debe ser inelegible para otras fuentes de financiación para el artículo o servicio por el que están solicitando la ayuda financiera
- 7) Los padres pueden solicitar una vez cada 12 meses; Hay un límite de 3 otorgaciones por familia

Requisitos de aplicación

Lista de verificación de la solicitud

- ☐ Solicitud
- ☐ Informe audiológico reciente (dentro del año anterior)
- ☐ Foto del niño
- ☐ Recomendación (usando el formulario adjunto) de un profesional que ha trabajado con su hijo. Por ejemplo, un profesional de la salud terapéutica, educativa o auditiva, como un patólogo del habla y del lenguaje, un intervencionista temprano, un educador especial para la primera infancia, un maestro de sordos, un maestro de preescolar, etc.
- ☐ Permiso para la divulgación de Información

Plazo de solicitud

Las solicitudes serán aceptadas de forma continua y serán revisadas trimestralmente.

Plazos para las solicitudes:

- 31 de julio
- 31 de octubre
- 31 de enero
- 30 de abril

Proceso de adjudicación

Después de que todas las solicitudes sean examinadas, las solicitudes elegibles serán revisadas por el comité de selección de otorgaciones. Una vez completado el proceso de revisión, los solicitantes serán notificados de las decisiones de adjudicación. También se enviarán cartas de notificación a todos los solicitantes.

Las otorgaciones serán enviadas el:

- 31 de agosto
- 30 de noviembre
- 28 de febrero
- 31 de mayo

Forma para uso de Fotos

Yo/Nosotros, _____ padres/guardián(es) de _____

Autorizamos a BEGINNINGS For Parents of Children Who Are Deaf or Hard of Hearing a publicar, libre de costo, fotos e historias.

Estas fotos e historias podrán ser utilizadas en publicaciones, incluyendo publicaciones electrónicas, o en presentaciones audiovisuales, literatura de promoción, publicidad, o formas similares

Yo/Nosotros hemos leído y entendemos lo expuesto anteriormente.

Firma(s): _____

Nombres (impreso): _____

Mes/Día/Año: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado/Código postal:** _____

Contacto primario (circule uno): trabajo casa celular

Teléfono: _____

(opcional) E-mail: _____

Salvedad: La información provista se mantendrá en confidencialidad y nunca será vendida.

Recomendación de Profesional

Nombre

Título/organización

Dirección

Teléfono

Relación con la familia

¿Hace cuánto tiempo conoce a la familia?

Nombre del niño/a

Nombre del padre/guardián

Por favor califique las siguientes declaraciones:

La familia ha demostrado su compromiso con el modo de comunicación o lenguaje escogido para su hijo:

Totalmente de acuerdo Algo en acuerdo Un poco en desacuerdo Totalmente en desacuerdo No aplica

La familia ha demostrado su compromiso con el uso de la amplificación apropiada:

Totalmente de acuerdo Algo en acuerdo Un poco en desacuerdo En desacuerdo No aplica

La familia ha asistido constantemente a citas / terapias:

Totalmente de acuerdo Algo en acuerdo Un poco en desacuerdo En desacuerdo No aplica

La familia ha demostrado una comprensión de la importancia del seguimiento consistente de las recomendaciones fuera de los entornos de terapia:

Totalmente de acuerdo Algo en acuerdo Un poco en desacuerdo En desacuerdo No aplica

Comentarios adicionales opcionales:

Firma

Fechas