

TURNING WHEELS



Part I. Información de la familia/niño

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño _____

Sexo del niño: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de Padre/Cuidador A: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Relación con el niño: _____

Con Empleo: Sí / No

Nombre de Padre/Cuidador B: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Relación con el niño: _____

Con Empleo? Sí / No

Ingresos familiares totales actuales: (El total no puede ser mas que \$100,000) marque uno

- Menos de \$30,000
- \$30,000-\$49,999
- \$50,000 - \$74,999
- \$75,000 - \$99,999
- Mas de \$100,000

PARTE II. Pedido Específico de Beca

El uso de la beca:

1. Terapia en desarrollo:

- a. Terapia de Lenguaje _____ N° de veces semanal \$_____ por sesión.
- b. Terapia Ocupacional _____ N° de veces semanal \$_____ por sesión.
- c. Fisioterapia _____ N° de veces semanal \$_____ por sesión.
- d. ABA _____ N° de veces semanal \$_____ por sesión.
- e. Otra (describe) _____

2. Evaluación de Terapia:

- a. Terapia de Lenguaje a \$ _____ por evaluación
- b. Terapia Ocupacional a \$ _____ por evaluación
- c. Fisioterapia a \$ _____ por evaluación
- d. ABA a \$ _____ por evaluación

3. Campamiento o clase: Incluye la descripción del campamento o clase con los detalles de las fechas y las programas en el membrete de la organización

- a. Nombre de campamiento o clase: _____
- b. Descripción: _____
- b. Dirección / telefono / sitio web: _____

- c. Fechas: _____ a _____
- d. Costo: \$ _____

4. Equipo:

- a. Descripción: _____
- b. Costo: _____

PARTE IV. Recursos Actuales

1. Ya recibe servicios de terapia el niño? Sí / No

Si es así, por favor describe los servicios. _____

2. El niño ya recibe apoyo financiero para su terapia como: becas, etcetera? Sí / No

Si es así:

\$ _____ Fuente de apoyo: _____ Fecha de vencimiento: _____

\$ _____ Fuente de apoyo: _____ Fecha de vencimiento: _____

3. Hay varios niños de la familia que reciben terapia o servicios médicos? Sí / No

Si es así, describe:

PARTE V. El Seguro

1. Recibe Medicaid el solicitante? Sí / No

2. Tiene Seguro el solicitante que cubre los servicios pedidos? Sí / No

- Sí, tenemos Seguro que incluye terapia y tengo copias de los documentos que lo confirma:

\$ _____ Deducible anual de seguro por individuo

_____ N° de sesiones permitidos anualmente

\$ _____ Copago

- No, tenemos seguro que cubre los servicios pedidos y he incluido los documentos de la compañía de Seguro que confirma la exclusión o la denegación de la terapia.

Si está en seguro de sus beneficios medicos, por favor llame a su proveedor para aclarar la cobertura de terapia y la información financiero.

PARTE VI. Proveedor

Si ya sabe cual proveedor propocionará los servicios, por favor de contarnos los detalles abajo.

Nombre de proveedor: _____

Dirección de proveedor: _____

N° de telefono de proveedor: _____

Email Correo electrónico de proveedor: _____

Servicios prestados: _____

Si hay varios proveedores, por favor comparte sus detalles en una hoja seperada. _____

LAS SOLICITUDES COMPLETADAS DEBEN ENVIARSE A APPLY@TURNINGWHEELSFOUNDATION.ORG O SE PUEDEN ENVIAR POR CORREO A:

**TURNING WHEELS FOUNDATION
225 W. ROOSEVELT RD.
WHEATON, IL 60187**