



Estimados padres y madres:

La Gentry Foundation for Autism (Fundación Gentry para el Autismo) ofrece asistencia económica a aquellos niños/as que no tienen seguro médico o que reciben prestaciones a través de AHCCCS (Seguro del Estado de Arizona). Es apoyada por The Gentry Foundation (Fundación Gentry) a través de generosas donaciones de la comunidad.

Las calificaciones se basan en los ingresos anuales de la familia, la falta de seguro privado y la edad del niño/a (menores de 5 años). Por favor, rellenen la solicitud adjunta indicando por qué creen que su hijo/a tiene Autismo y necesita ser evaluado/a. No podemos procesar solicitudes sin una prueba de al menos 2 meses de sus ingresos actuales, o prueba de cobertura por parte del AHCCCS. Aceptamos como prueba copias de 2 meses de nóminas o extractos bancarios. En caso de presentar extractos bancarios, por favor resalten las nóminas. Si ambos padres están empleados, por favor incluyan la información de ambos.

Por favor, envíen su solicitud y prueba de ingresos en el sobre adjunto. También pueden enviar la solicitud por fax al Dr. Joseph Gentry en 602-314-4175. Por favor tengan en cuenta que la espera para que recibamos y tramitemos la solicitud para su aprobación es de 3 a 4 semanas. Su solicitud será evaluada por el Comité Escolar y nos pondremos en contacto para comunicarles su resolución.

Atentamente,

Joseph Gentry, Ph.D., BCBA-D
Psicólogo
Tlf: 602-312-2911
Joe@gentrypbs.com

Sarah Gentry, M.Ed., BCBA
Board Certified Behavior Analyst
Tlf: 602-295-2415
Sarah@gentrypbs.com

The Gentry Foundation for Autism
Solicitud de Evaluación

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de solicitud: _____

Nombres de los padres: _____

Dirección: _____

Teléfono de contacto: _____ E-mail: _____

Nombre del Coordinador AZIEP (si es aplicable): _____ Teléfono: _____

¿Está su hijo/a en algún programa preescolar de desarrollo? Sí No ¿Dónde? _____

¿Ha recibido su hijo/a anteriormente una evaluación diagnóstica en relación a su desarrollo? Sí No

¿Está su hijo/a en alguna lista de espera para una evaluación diagnóstica? Sí No

Por favor marquen todas las casillas relevantes:

Falta de seguro privado

Nuestra familia está calificada como Bajos Ingresos (menos de \$33,948 anuales para una familia de cuatro miembros)

Nuestra familia está aprobada para AHCCCS/Medicaid

Nuestra familia está calificada para vivienda HUD

Síntomas/Preocupaciones (¿Por qué necesita su hijo/a una evaluación?):

¿Hay en la historia familiar casos de trastornos del espectro autista, o un hermano/a que ya haya sido diagnosticado?

¿Alguna otra información que quieran compartir sobre por qué su familia necesita esta subvención?

Por favor devuelvan esta solicitud y adjunten como prueba de ingresos UNO de los siguientes:

1. Prueba de inscripción actual a AHCCCS/Medicaid (ej., número AHCCCS)
2. Prueba de calificación para vivienda HUD
3. Copias de 2 meses de nóminas.
4. Copias de 2 meses de extractos bancarios para empleados* con nómina domiciliada—por favor resalten o dibujen un círculo alrededor de las nóminas.

*Si ambos padres están empleados, por favor incluyan la información de los dos.

Información sobre ingresos anuales brutos—por favor especifiquen:

Si su familia todavía no tiene AHCCCS/Medicaid, vivienda HUD, etc., y sin embargo podría calificar, por favor rellenen los campos siguientes y envíen la prueba de ingresos/ahorros con su solicitud:

Total de ingresos anuales brutos de la familia: \$ _____

Saldo actual de su cuenta de ahorros: \$ _____

¿Cuántos familiares conviven en el domicilio? _____

Al firmar abajo, declaro que toda la información proporcionada es correcta y completa según mi leal saber y entender.

Firma del padre/madre

Fecha