



"VOICE FOR KIDS" CAMPAIGN

REQUISITOS DE ELIGIBILIDAD

- El individuo necesita que estar diagnosticado con autismo. (Se requiere documentación.)
- El individuo tiene al menos 4 años de edad.
- El individuo no habla o habla un poco y tiene dificultad para comunicarse en ocasiones en las cuales se puede lastimar o estar en riesgo de dañarse a sí mismo.
- El individuo vive en los estados unidos.
- El individuo tiene que recibir terapia del habla y de lenguaje.
- El individuo no tiene seguridad privada que cubre los costos requeridos.
- El individuo no tiene Medicaid. (o puede proveer documentación que Medicaid ha negado cubrir los costos requeridos)
- Familia tiene que demostrar necesidad financiera.
- Para individuos pidiendo una iPad Mini, se requiere una cuenta de iTunes.

CUBRIMOS LOS SIGUENTES GASTOS DE COMUNICACIÓN

- iPad Mini o iPad Air con LAMP (Words for Life) aplicación y forro
- Forro de iPad para su propio aparato (iPad o iPad Mini)
- Garantía para su propio aparato de comunicación (iPad o iPad Mini)
- Aplicación para su propio aparato (LAMP, Proloquo2go, etc) *aplicación tiene que ser pedida por un terapeuta del habla y de lenguaje*

Fodos para este programa son extremadamente limitados. Este programa es para familias con extrema necesidad financiera que de otra manera NO pueden obtener un aparato de comunicación o accesorios.

December 3 es la fecha de plazo. Solo aplicaciones completadas con la documencion necesaria seran consideradas para ser fundadas.



"VOICE FOR KIDS" CAMPAIGN

PO BOX 2985
Edinburg, Texas 78541
telefono: 956-509-4121
Fax: 888-308-0992
E-Mail: info@teammario.org
www.teammario.org

Cada niño merece una voz.

NIÑO(A) CON AUTISMO:

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

DIAGNOSIS: _____

PADRE/GUARDIAN LEGAL: _____

DIRECION: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **ZIP:** _____

NUMERO TELEFONICO: _____ **CELULAR:** _____

COREO ELECTRONICO: _____

EMPLEADO (MAMA) : _____

EMPLEADO (PAPA): _____

INGRESO ANUAL DE LA FAMILIA: \$ _____

DOCTOR FAMILIAR DEL NIÑO(A): _____

(Por favor someta documentación confirmado el diagnosis. Toda la información será confidencial.)

INFORMACIÓN DE TERAPISTA DEL HABLA Y DE LENGUAJE:

Nombre: _____ **Telefono:** _____

NOMBRE DE CLINICA O ESCUELA: _____

COREO ELECTRONICO: _____

DIRECION: _____

NUMERO DE SESIONS DE TERAPIA POR SEMANA: _____

Por favor someta una carta de apoyo de su terapeuta.

NOMBRE DE NIÑO(A): _____ **EDAD:** _____

Información del niño(a):

El/ella no es verbal? _____

Usa el/ella un aparato para comunicarse? _____

Si dijo "si", que aparato o aplicación usa? _____

Tiene acceso el niño(a) a un iPad en la escuela? _____

PEDIDO DE TECNOLOGIA

_____ **iPad Mini o iPad Air con LAMP (Words for Life) y forro**
Tienen un cuenta de iTunes/Apple ID? _____

_____ **Forro para el iPad de mi niño(a)**

Modelo de iPad: _____

_____ **Aplicación para el iPad de mi nino(a):**

Nombre de aplicación: _____
(Limite \$200)

_____ **Garantía para el aparato de mi niño(a):**

(Limite \$200) Por favor provea la cantidad y el recibo.

NOMBRE DE NIÑO(A): _____ **EDAD:** _____

Por favor ponga sus iniciales si está pidiendo un iPad Mini/iPad Air

_____ Estoy de acuerdo que el iPad Mini/iPad Air no será vendido, dado o usado para ningún otro propósito que no sea el del beneficio para el individuo con autismo.

_____ Estoy de acuerdo tener el iPad Mini/iPad Air en su forro protector en todo tiempo.

_____ Si el iPad Mini/iPad Air no es usado para su propósito requerido, estoy de acuerdo en regresarlo a TEAM MARIO.

_____ Estoy de acuerdo que el uso principal del iPad Mini's/iPad Air un aparato para asistir en la comunicación.

_____ Para apoyar a mi hijo(a) en aprender como usar el aparato de comunicación, acepto asistir a las terapias con el/ella.

_____ Entiendo y estoy de acuerdo que TEAM MARIO no está disponible en proveer apoyo tecnológico para el aparato.

_____ Entiendo y estoy de acuerdo que TEAM MARIO no es responsable por danos al aparato o accesorios.

_____ Entiendo y estoy de acuerdo que TEAM MARIO no se hace responsable por pérdida o robo de aparatos o accesorios y entendió que TEAM MARIO no remplazara ninguna pérdida o dañados de aparatos o accesorios.

Firma de padre o guardianes y fecha

NOMBRE DE TESTIGO: _____

DIRECIÓN: _____

TELEFONO: _____

FIRMA: _____

**POR FAVOR ENVIE A:
TEAM MARIO
ATTN: "VOICE FOR KIDS" CAMPAIGN
PO BOX 2985
EDINBURG, TX 78541

FAX 888-308-0992
info@teammario.org**