

Programa de Beca de Abogacía para Reuniones del IEP (Plan de Educación Individualizado)

¿Qué es el Programa de Becas de Abogacía para los Servicios de Educación Especial?

El Programa de Beca de Abogacía de FEAT fue diseñado para que un defensor/abogado ayude al equipo del IEP (Padres/Escuela) en la elaboración del documento del IEP para que garantice que los servicios de educación especial que su hijo(a) necesita sean individualizados.

Requisitos de Elegibilidad del Programa de Becas de Abogacía:

- ❖ Brinda prueba del diagnóstico de Autismo del niño (primera página del IEP o la página del diagnóstico del doctor del niño).
- ❖ Padre/Tutor **DEBE de asistir** a toda la reunión del IEP. FEAT no pagará por la reunión del IEP al defensor si el padre/tutor no asistió a ésta. También, FEAT les negará asistencia financiera en el futuro. El padre/tutor será responsable del pago al defensor.
- ❖ **FEAT otorgará una vez al año una beca de \$ 100.00 dólares por individuo**
- ❖ **Es responsabilidad del padre/tutor elegir un defensor adecuado.**
- ❖ Es responsabilidad de la familia coordinar la reunión del IEP con el defensor.
- ❖ El padre/guardian será responsable de cualquier monto que esté por encima de la beca de \$100.00.
- ❖ **FEAT pagará al defensor directamente, después de haber recibido la factura.**
- ❖ Por favor envíe la aplicación al correo electrónico advocacy@featsonv.org
- ❖ Una vez que se apruebe la beca, un representante de FEAT se comunicará con la familia y el Defensor (dentro de 2 días hábiles)
- ❖ **Solo se aprobarán aplicaciones que estén completas. Por favor firme cada página de la aplicación y provea los documentos requeridos.**

Al firmar, acepto que he leído, entendido y estoy de acuerdo con la información arriba mencionada.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Updated: 02-11-21 Staff Initial: _____ Advocate Name: _____ Fecha: _____

Programa de Beca de Abogacía para Reuniones del IEP (Plan de Educación Individualizado)

Por favor escriba con letra clara y en tinta negra. Complete **una aplicación por cada niño**. Envíe la aplicación a FEAT del Sur de Nevada al 7061 W Arby Avenue Ste. 170, LV NV 89113 o al correo electrónico advocacy@featsonv.org. Por favor tome en cuenta que el Defensor puede solicitarle información adicional.

Nombre del Niño:		Apellido:	
Edad/Fecha de Nacimiento:	¿Diagnóstico TEA? (debe de proveer prueba de autismo)	¿Tiene el niño actualmente un IEP? Si No	¿Grado?
Fecha del IEP Anual:	Nombre y Dirección de la Escuela:		
Grupo Etnico: Encierre en un círculo uno: Africano-Americano Asiático Hispano Blanco Otro:		Idioma de Preferencia: Español Inglés. Otro:	
Nombre y Apellido del Padre o Tutor:			
Dirección:		Ciudad	
Código Postal:	Correo Electrónico:		
Teléfono de la Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono del Trabajo/Durante el día:	

1. ¿Porqué está solicitando la beca? _____

2. ¿Ingreso Anual? _____ ¿Cuántos niños con autismo viven en la casa? _____
3. ¿En la actualidad participa en algún otro programa o actividad de FEAT? Si es sí, por favor mencionelos:

4. ¿En la actualidad paga en efectivo las terapias? Si es sí, ¿Cuánto paga?: _____
5. ¿Qué problemas, actualmente, tiene con CCSD? _____

Programa de Beca de Abogacía para Reuniones del IEP (Plan de Educación Individualizado)

Información Importante de FEAT:

- ❖ FEAT aprobará **una vez al año** la beca de \$100.00 dólares por persona.
- ❖ El niño debe ser estudiante del Distrito Escolar del Condado de Clark, Escuela local Charter o tener un plan de servicio
- ❖ Para que la aplicación sea aprobada debe de enviarla al menos 7 días antes de la reunión del IEP.
- ❖ FEAT no es responsable por la relación padre/defensor. Tampoco por cualquier asesoramiento dado por el defensor o el resultado del IEP o por problemas programando la reunión.
- ❖ FEAT y/o defensor se reserva el derecho de rehusar esta beca a cualquier miembro sin motivo alguno.
- ❖ FEAT puede discontinuar esta beca en cualquier momento. El programa de abogacía dependerá de la disponibilidad de fondos.
- ❖ Los fondos son limitados y se proveerán en el orden que los soliciten. El proceso de aplicación no garantiza que la beca sea otorgada.
- ❖ El Defensor debe de enviar la factura al correo advocacy@featsonv.org el primero de cada mes, con la fecha y descripción de los servicios prestados para que pueda recibir el pago.

Al firmar, acepto que he leído, entendido y estoy de acuerdo con la información arriba mencionada.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Lista de Defensores en Las Vegas

1. Advocate 4 Kids LLC. / Cheryl Jung / 702-203-5316 / jungcheryl@aol.com
2. NEAT Services / Wendy Broder-Stock / 702-245-8494 / info@neatserviceslv.com
3. Adams Esq. / 702-289-4143 / nevadmin@adamsesq.com
4. Diana Battista / 702-754-8109 / D.Battista0816@gmail.com
5. Reset Behavior / Melissa Kenyon / 702-389-5465 / contact@resewtbehavior.com
6. The Center for Assessment & Educational Services / Leslie Murdock / 702-732-0304 / lmurdock@jfsalv.org
7. Wynn Advocacy / Stephanie Wynn / 561-306-6450 / swynn@youwillchangetheworld.com
8. Nevada PEP / 702-388-8899
9. Legal Aid Center of Southern Nevada / 702-386-1070 / speciald@lacs.org
10. Ivie Law Group / Gregory D. Ivie, Esq & Anne Rhu / 702-848-3948 / ivielawgroup@gmail.com