

Programa de Beca para Servicios de Abogacía (Reuniones de IEP, MDT, BIP) Año: _____

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

El Programa de Becas de Abogacía de FEAT fue diseñado para ayudar a las familias a que contraten a un defensor/abogado que los asista y a la escuela del niño a desarrollar un documento que se centre en las necesidades educativas individualizadas de su hijo.

Requisitos de Elegibilidad del Programa de Becas de Abogacía:

- ❖ Brinda una copia de la prueba del diagnóstico de Autismo de tu hijo adjunta con la aplicación (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 al defensor por la reunión del IEP 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 \$ 200.00 dólares por individuo.
- ❖ Es responsabilidad del padre/tutor elegir un defensor adecuado.
- ❖ El padre/guardian será responsable de cualquier monto que esté por encima de la beca de \$200.00.
- ❖ 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)
- ❖ Es responsabilidad de la familia coordinar la reunión del IEP con el defensor.
- ❖ Solo se aprobarán aplicaciones que estén completas. Por favor firme cada página de la aplicación y provea los documentos requeridos.
- ❖ 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.

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

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Programa de Beca para Servicios de Abogacía (Reuniones de IEP, MDT, BIP) Año: _____

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:	

- ¿Porqué está solicitando la beca? _____

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

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

Programa de Beca para Servicios de Abogacía (Reuniones de IEP, MDT, BIP) Año: _____

Información Importante de FEAT:

- ❖ FEAT no es responsable por la relación padre/defensor. FEAT tampoco es responsable 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, el primero de cada mes, al correo advocacy@featsonv.org 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 / <https://nvpep.org>
9. Legal Aid Center of Southern Nevada / 702-386-1070 / specialed@lacs.org
10. Martha Estrada – (Spanish Speaking Families Only) / 725-221-3977 / asistantvirtual2020@gmail.com