

**¿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) a desarrollar un documento que se centre en las necesidades educativas individualizadas de su hijo(a).

**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](mailto: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:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Defensor/Abogado que asistirá a la reunion del IEP:** \_\_\_\_\_

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](mailto: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? \_\_\_\_\_

## 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](mailto: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](mailto:jungcheryl@aol.com)
2. Reset Behavior / Melissa Kenyon / 702-389-5465 / [contact@resewtbehavior.com](mailto:contact@resewtbehavior.com)
3. Wynn Advocacy / Stephanie Wynn / 561-306-6450 / [swynn@youwillchangetheworld.com](mailto:swynn@youwillchangetheworld.com)
4. Martha Estrada / 702-517- 7188 / [asistantvirtual2020@gmail.com](mailto:asistantvirtual2020@gmail.com) Spanish Speaking Advocate
5. Widening The Doors (Tony Congrove and Dr. Leslie Congrove) / 725-276-7691 / [tony@wideningthedoors.com](mailto:tony@wideningthedoors.com)