



Aplicación del Programa de Abogacía para las Reuniones de IEP (Plan de Educación Individualizado) - 2020

¿Qué es el Programa de Asistencia de Abogacía Académica (PAA) de FEAT? El Programa de Asistencia de Abogacía de FEAT fue diseñado para proveer un defensor a las familias para ayudarlos y a la escuela a desarrollar el documento de IEP, que se enfoca en la necesidades académicas individualizadas del niño; tales como: asistencia de tecnología, asistentes educacionales, acomodaciones para hacer los pruebas, entre otros servicios de apoyo.

Requisitos de Elegibilidad del Programa de Abogacía:

- ❖ Debe completar el formulario de admisión de miembros de FEAT. Solicítelo enviando un correo al info@featsonv.org o llame al 702-368-3328.
- ❖ Hay una donación de US\$ 25 dólares, una vez al año, para el Programa de Abogacía (año calendario Enero – Diciembre). Dicha cantidad debe ser pagada directamente a FEAT.
- ❖ La defensora cobra un cargo de US\$ 35 dólares para revisar el documento del IEP. La defensora puede cobrar cargos adicionales. El pago de dicho cargo debe pagarse directamente a la defensora.
- ❖ Brindar 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 a la defensora si el padre/tutor no asistió a ésta y FEAT les negará asistencia financiera en el futuro. El padre/tutor será responsable del pago a la defensora.
- ❖ FEAT brindará la asistencia de abogacía hasta los 21 años.
- ❖ Entregar la aplicación a FEAT **al menos 14 días antes de la fecha de la reunión.** (FEAT no garantiza que la Defensora estará disponible para todas las reuniones programadas de IEP).
- ❖ Una vez aprobada la aplicación un representante de FEAT contactará a la familia. Es responsabilidad del padre/tutor coordinar la reunión del IEP con la defensora.
- ❖ **Solo se aprobarán solicitudes 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: _____



Aplicación del Programa de Abogacía para las Reuniones de IEP (Plan de Educación Individualizado) - 2020

Por favor escriba con letra clara y en tinta negra. **Complete una aplicación por cada niño.** Envíe las formas a FEAT del Sur de Nevada al 7055 Windy Street, Suite B, Las Vegas NV 89119 o al correo electrónico advocacy@featsonv.org. Por favor tome en cuenta: El defensor puede necesitar información adicional.

Nombre del Niño:		Apellido:	
Edad/Fecha de Nacimiento:	¿Diagnóstico TEA? (debe de proveer prueba de autismo) Si No	¿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 del Padre o Tutor:		Apellido:	
Dirección:		Ciudad:	
Código Postal:	Correo Electrónico:		
Teléfono de la Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono del Trabajo/Durante el día:	

¿Porqué está solicitando esta asistencia? _____

¿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 por terapias? Si es sí, ¿Cuánto paga?: _____

¿Qué problemas actualmente enfrenta con CCSD? _____

Se les agradece una única donación de \$ 25 dólares por año escolar (Enero – Diciembre). Todas las donaciones se destinan al Programa de Abogacía para que continúemos apoyando a otros con necesidad de asistencia financiera.

Sólo para uso Oficial: Iniciales del personal _____ Fecha de Aprobación: _____

Pagó la donación: Y/N Cantidad donada: _____ # of Reuniones de IEP que FEAT ha Pagado: _____



Aplicación del Programa de Abogacía para las Reuniones de IEP (Plan de Educación Individualizado) - 2020

Información General de FEAT

- ❖ FEAT financiará hasta dos reuniones de IEPs- Por año calendario (Enero – Diciembre)
- ❖ El niño debe ser estudiante del Distrito Escolar del Condado de Clark, Escuela Charter local o en un plan de servicio
- ❖ La escuela debe de estar ubicada dentro del área de Las Vegas (incluyendo Boulder City y Henderson)
- ❖ PAA de FEAT no cubre ningún pago legal, transporte o revisión de documentos antes de la reunión de IEP. Los Padres/tutores serán responsables del pago de la tarifa que cobra el Defensor por la revisión de los documentos.
- ❖ Para que la aplicación sea aprobada \-debe de enviarse antes de la reunión del IEP
- ❖ FEAT no es responsable por la relación padre/defensor. FEAT no es responsable por cualquier asesoramiento dado por el defensor o resultado del IEP o por conflictos programando la reunión.
- ❖ FEAT y el defensor se reservan el derecho a rehusar este servicio en cualquier momento.
- ❖ FEAT puede discontinuar este servicio en cualquier momento. El programa de abogacía dependerá de la disponibilidad de los fondos y del Defensor.
- ❖ Los fondos son limitados y se proveerán en el orden que los soliciten. El proceso de aplicación no garantiza los servicios del defensor.
- ❖ Entiendo que para propósitos de monitoreo el defensor compartirá los resultados del IEP con el comité de directores de FEAT. Todos los defensores del PAA de FEAT tienen una licencia de negocio válida y actualizada.

Información General del Defensor:

- ❖ Si el Defensor necesita viajar más de 30 millas (de ida) puede cobrar al padre gastos de viaje.
- ❖ Por favor trate de programar con la escuela las reuniones del IEP de su hijo al menos con 2 horas de duración.
- ❖ El padre o tutor del niño deberá firmar una factura/contrato con el defensor antes de recibir los servicios
- ❖ **El defensor cobra una tarifa si NO le informan que la reunión del IEP fue cancelada. FEAT no cubrirá este pago. Es responsabilidad del padre/tutor. Por favor cancele enviando un texto al defensor 48 horas antes de la reunión programada del IEP. La información de contacto del defensor es: Cheryl Jung cell # 702-203-5316.**

❖ Para cancelar la reunion del IEP DEBES hacerlo con el Defensor enviando un texto al 702-203-5316. NO debes contactar a FEAT.

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

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____