



Solicitud de Beca Médica para el año 2022

Nuestra Vision

Preparar a los niños con autismo para el mundo y preparar el mundo para ellos.

Nuestra Mision

Ser el puente financiero para ayudar a los niños en el espectro del autismo que no tienen seguro o tienen seguro insuficiente a acceder a la cobertura de seguro médico para obtener la Terapia de Análisis de Conducta Aplicada (ABA). La Terapia ABA se centra en la comunicación, la vida y las habilidades sociales y ayuda a las personas a alcanzar su máximo potencial. Nos esforzamos por crear un mundo de inclusión, donde TODO significa TODO.

Información Importante para los Solicitantes

- Los solicitantes **DEBEN** tener un diagnóstico actual de autismo.
 - Los solicitantes **DEBEN** ser residentes de Illinois.
 - Los solicitantes pueden tener **MEDICAID**, estar sin seguro o actualmente tener seguro médico.
 - Se tomará en consideración el ingreso familiar y el tamaño de la familia. (Se le dará prioridad a las familias de bajo ingreso y/o con múltiples dependientes en el espectro.)
 - Los solicitantes **DEBEN** completar una Declaración Personal explicando su necesidad de asistencia. (pagina 8).
 - Si se le otorga la beca, los solicitantes pueden usar su subvención de seguro médico para todas y cada una de las terapias y necesidades médicas, pero **SOLAMENTE** auditamos para la Terapia ABA.
 - Una solicitud por solicitante. (Cada miembro de la familia **DEBE** tener su propia solicitud.)
 - Los solicitantes **DEBEN** estar buscando Terapia de Análisis de Comportamiento Aplicado por **MÍNIMO de 12 Horas Semanal**. (Requerimos que todo becado mantenga un mínimo de doce (12) horas de ABA por calendario semanal.)
 - **Los solicitantes deben tomar en cuenta de que muchos de los planes de seguro médicos nuevos típicamente requieren que el diagnóstico de autismo sea dado entre los últimos tres (3) años o pueden exigir una evaluación actualizada para los servicios de ABA.**
 - Los solicitantes pueden ser contactados para una entrevista por teléfono o por correo electrónico para obtener más información.
 - Las solicitudes **DEBEN** recibirse no más tardar de la **MEDIANOCHE (sin excepciones) junto con su DECLARACIÓN DE IMPUESTOS 2020 Y DOS DE SUS TALONES DE PAGO MÁS RECIENTES O TALONES DE PAGO DE DESEMPLEO A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD.**
- ***NO INCLUIR TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS EN LA SOLICITUD, INCLUYENDO EL EMPLEO POR CUENTA PROPIA, PUEDE DESCALIFICAR SU SOLICITUD.** Envíe su solicitud y todos los documentos por correo electrónico a applications@autismheroproject.org

LOS BENEFICIARIOS DE LA BECA SERÁN NOTIFICADOS ANTES DEL 21 de DICIEMBRE 2021

Si los solicitantes no tiene seguro médico o tiene seguro a través de su empleador, el estado, o Medicaid que no cubre la Terapia de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA), solicitantes pueden aplicar con el entendimiento que:

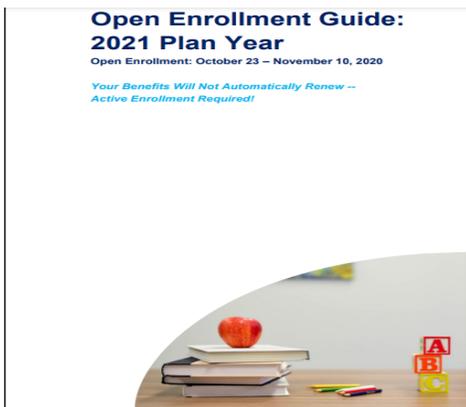
Solicitantes con **MEDICAID DEBEN** aplicar por seguro médico con una ASEGURANZA PRIVADA y NO de *The Marketplace* también conocido como el *Affordable Health Care Act*. (*Esto es necesario porque *The Marketplace* es un plan de seguro médico subsidiado por el gobierno y no se permite que los asegurados tengan más de un seguro del gobierno. Si comete un error , MEDICAID será cancelado automáticamente.

Adicionalmente, es importante anotar que el seguro privado será su seguro primario y MEDICAID será secundario.)

Todos los demás solicitantes sin seguro médico o seguro médico que no cubra específicamente la Terapia ABA pueden solicitar un seguro médico que cubra la Terapia ABA de un corredor de seguros privado o The Marketplace en <https://www.healthcare.gov>

(El Mercado permite créditos fiscales para las primas en función de los ingresos, donde es posible, que no sea posible obtener un seguro de un corredor de seguros privado.)**

- Las fechas de inscripciones abiertas para el 2022 son de 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre 2021 para cobertura comenzando enero 1, 2022, de lo contrario, la inscripción abierta permanecerá abierta hasta el 15 de enero de 2022.
- Los planes de Marketplace recomendados son de Plata (Silver) o Oro (Gold) basado en el deducible y máximo de bolsillo. ***Pareciera que Bronze fuese mensualmente asequible pero a largo plazo es más costo por el deducible, copago, y coaseguro.
- Nuestra Beca de Seguro Médico cubre las primas de seguro médico para un plan individual con evidencia de que las Terapias de ABA están ocurriendo en el mes con un promedio de doce (12) horas semanales.
- Auditoría de ABA ocurrirá un mínimo de cuatro (4) veces durante el año para verificar que las terapias se están dando.
- Solicitantes enviarán su factura de prima del seguro mensual a AHP para reembolso entre 30 días de la fecha de la factura adjunto con evidencia que los pagos mensuales de las primas están siendo pagados a tiempo. AHP no pagará cargos por pagos atrasados.
- **Se requiere que envíen ambos en un (1) correo electrónico a applications@autismheroproject.org**
Solicitantes que Sí tiene seguro médico con su empleador la cual NO CUBRE Terapias ABA.
- AHP pagará la diferencia en la prima que cubre solo al solicitante. Por ejemplo: Si la prima para **el empleado** es de \$75 por periodo de pago, y la prima por **el empleado y dependiente** es \$125 por periodo de pago, AHP pagará la diferencia o sea, \$50 por el solicitante. (\$125-\$75=\$50). Otro ejemplo es para **un empleado con un plan familiar**. La prima para el empleado es \$75. La prima para el plan de familia es \$125. AHP pagará la diferencia de \$50. (\$125-\$75 costo del empleado= \$50).
- Al completar la solicitud, si tienen la Guía de Inscripción Abierta para Empleados del 2022, Employee 2022 “Open Enrollment Plan Guide”, favor de usar la porción de deducción para seguros de su nomina mas actualizada. (*Hemos proporcionado un ejemplo de la guía del 2021 para que entiendan de donde deben de obtener sus cantidades para la solicitud de la beca.)
- Auditoría ABA se hará un mínimo de cuatro (4) veces durante el año para verificar que las terapias están ocurriendo.
- Los solicitantes enviarán evidencia de que las primas mensuales del seguro están siendo deducidas de su nómina por medio de su talonario de pago.



MEDICAL PLAN OPTIONS					
Contributions for Employees					
Coverage Tier by Plan	Annual Premium	Annual Cost District Portion	Employee Portion	Employee Contribution Per Deduction 26 Pay Periods	21 Pay Periods
Employee only	\$5,064	\$4,304	\$760	\$29.23	\$40.00
Employee plus spouse	\$10,381	\$9,824	\$1,557	\$59.88	\$81.95
Employee plus children	\$8,710	\$7,403	\$1,307	\$50.27	\$68.79
Family	\$14,433	\$12,268	\$2,165	\$83.27	\$113.95
Dependent Veteran Child	\$5,064	\$0	\$0,064	\$194.77	\$266.03
Spouse = HRA					
Employee only	\$9,959	\$8,465	\$1,494	\$57.46	\$79.63
Employee plus spouse	\$20,417	\$17,304	\$3,063	\$117.81	\$161.21
Employee plus children	\$17,130	\$14,960	\$2,570	\$98.85	\$135.36
Family	\$28,384	\$24,108	\$4,298	\$163.77	\$224.11
Dependent Veteran Child	\$9,959	\$0	\$9,959	\$383.05	\$524.17
Spouse = HRA					
Employee only	\$10,314	\$8,767	\$1,547	\$59.50	\$81.42
Employee plus spouse	\$21,144	\$17,972	\$3,172	\$122.00	\$166.95
Employee plus children	\$17,740	\$15,079	\$2,661	\$102.35	\$140.05
Family	\$29,395	\$24,986	\$4,409	\$169.58	\$232.05
Dependent Veteran Child	\$10,314	\$0	\$10,314	\$396.69	\$542.84
Spouse = HRA					
Employee only	\$663	\$663	\$0	\$0.00	\$0.00
Employee plus spouse	\$1,359	\$663	\$696	\$26.76	\$36.63
Employee plus children	\$1,140	\$663	\$477	\$18.36	\$25.12
Family	\$1,859	\$663	\$1,226	\$47.16	\$64.63
Dependent Veteran Child	\$663	\$0	\$663	\$25.50	\$34.89
Veteran Plan					
Employee only	\$92	\$46	\$46	\$1.76	\$2.41
Employee plus spouse	\$174	\$87	\$87	\$3.34	\$4.57
Employee plus children	\$162	\$91	\$91	\$3.62	\$4.81
Family	\$268	\$134	\$134	\$5.17	\$7.07
Dependent Veteran Child	\$92	\$0	\$92	\$3.52	\$4.81

POR FAVOR COMPARTE ¿CÓMO SE OYÓ DE NOSOTROS? _____

INFORMACION DEL SOLICITANTE			
Nombre Completo		Gender: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)
Dirección (incluye el número del apartamento)		Seguro Social o Numero ITIN	
Ciudad	Estado	Zona Postal	Fecha de Diagnóstico de Autismo
Escuela	Escuela Actual: <input type="checkbox"/> Terapeutica <input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Privada		Grado: (Si aplica)
Etnicidad(Marque todo que corresponda) __Native American o de Alaska __Asiatico __Negro o Afro Americano __Hispano o Latino __ Blanco			Lenguaje Primario
Proveedor de ABA actual		Dirección de ABA, Persona de Contacto y Numero de Telefono	

Padre o Tutor Legal #1		
Nombre Completo	Seguro Social o Numero ITIN	Cellular: # Alternativo:
Dirección	Ciudad	Estado & Zona Postal
Relación	Correo Electronico	Ocupación
Nombre de Empleador	Dirección del Empleador	Telefono de Empleador
Número de personas que viven en el hogar	Número de niños menores de 18 años que viven en el hogar. Personas mayores de 18, indica su relación.	Edades de otras personas en el hogar con ASD (Si existe)

Padre o Tutor Legal #2		
Nombre Completo	Seguro Social o Numero ITIN	Cellular: # Alternativo:
Ciudad	Estado	Zona Postal
Relación	Correo Electronico	Ocupación
Nombre de Empleador	Dirección de Empleador	Telefono de Empleador
Número de personas que viven en el hogar	Número de niños menores de 18 años que viven en el hogar. Personas mayores de 18, indica su relación.	Edades de otras personas en el hogar con ASD (Si existe)

HISTORY

Consentimiento: Este formulario autoriza el uso y/o divulgación de la información médica protegida como se indica a continuación para los fines del proceso de revisión de la beca. Doy permiso a The Autism Hero Project para verificar la información del tratamiento poniéndome en contacto con los proveedores de atención médica a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Nombre del Solicitante _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre/Tutor Legal _____ Relacion al solicitante _____

Firma _____ Fecha _____

Diagnóstico Actual si es más que Autismo

Fecha de Diagnóstico de Autismo

Nombre del Médico Diagnosticando

Nombre de la institución/Práctica

Direccion

Telefono

Ciudad

Estado

Zona Postal

Otros diagnósticos médicos si los hay

INFORMACIÓN FINANCIERA

(DEBE adjuntar los 2 talones más recientes de su nómina o desempleo de cada padre/ tutor legal y de cada empleador con fecha entre 30 días y un copia de su formulario de impuestos del 2020 para verificar ingreso.)

Padre/ Tutor Legal #1

Enumere todos los empleadores
actuales

Ingreso Anual
\$

Padre/ Tutor Legal #2

Enumere todos los empleadores
actuales

Ingreso Anual
\$

Otros Ingresos: <input type="checkbox"/> Manutencion de los hijos <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Otros _____	Total de Cantidades: (Favor de Circular) \$ _____ Mensual /Anual \$ _____ Mensual /Anual \$ _____ Mensual / Anual \$ _____ Mensual / Anual \$ _____ Mensual / Anual \$ _____ Mensual / Anual \$ _____ Mensual /Anual
Nombra otros ingresos no mencionados arriba incluyendo empleo por sí mismo o ingreso por pasatiempos. Especifique. _____	Ingreso Total \$ _____ Mensual /Anual

Comentarios: (Cualquier cosa que debamos saber o lo que quieras explicar.)	Ingreso Total \$ _____ Mensual /Anual
---	--

Es Usted actualmente receptor de los siguientes programas de asistencia? WIC: S / N SNAP \$ _____ OTROS: _____ \$ _____	Total de Beca que está solicitando? (Total Mensual de Primas de Seguro Médico no DEDUCIBLES.)
--	--

Si The Autism Hero Project no puede financiar toda su solicitud, ¿está interesado en la asistencia parcial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Está recibiendo alguna otra asistencia financiera o subvenciones que le ayuden a cubrir los costos de la terapia, seguro médico o deducibles? (Indica todo que aplique y la cantidad.) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cantidad de cada uno \$ _____ HIPP <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Chicago Autism Project <input type="checkbox"/> Chicago Autism Network <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros: _____
--	---

Algo que debamos saber con respecto a esta beca de asistencia financiera? (Por favor, comente a continuación.)
--

Información de seguro primario

Está asegurado actualmente el solicitante? Si _____ NO _____	Si el solicitante está actualmente asegurado marca "X" en el tipo de seguro: ___ Plan del Empleado ___ Marketplace ___ Estado ___ Medicaid
--	--

Compañía del Seguro Primario	Si el solicitante NO está asegurado actualmente, favor de confirmar que ha solicitado un seguro a través del <u>The Marketplace</u> antes del 15 de diciembre. ___SI ___NO Plan: (Circle One) Bronze Silver Gold
------------------------------	--

Numero de telefono del Seguro	ID#	Group#
-------------------------------	-----	--------

Deducible	Máximo individual de su bolsillo (Escriba la cantidad máxima de la familia si es un plan familiar.)
-----------	---

Seguro Secundario	ID#	Group#
-------------------	-----	--------

Numero de telefono	Máximo individual de su bolsillo (Escriba la cantidad máxima de la familia si es un plan familiar.)
--------------------	---

**Terapia(s) que su hijo/a tiene o está recibiendo actualmente. (Circula todo lo que corresponda.)
Haga copias adicionales de esta pagina si actualmente esta recibiendo terapia de 3 proveedores.**

TERAPIA ABA	TERAPIA DEL LENGUAJE	GRUPOS DE HABILIDADES SOCIALES
ESCUELA TERAPÉUTICA DIURNA	FLOOR TIME	TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL
TERAPIA DEL DESARROLLO	FARMACOTERAPIA	TRABAJADORES SOCIALES
TERAPIA FÍSICA	PSICÓLOGO	OTRO _____
TERAPIA ALIMENTARIA	TERAPIA OCUPACIONAL	OTRO _____

Nombre de Proveedor Actual		Teléfono del Proveedor	
Direccion:		Correo electrónico del proveedor	
Ciudad	Estado	Zona postal	¿Está el proveedor en la red con su seguro? SI / NO
Tipo de terapia		Está la terapia cubierta por tu seguro actual?	
Horas semanal			
Nombre de Proveedor Actual (2)		Teléfono del Proveedor	
Direccion		Correo electrónico del proveedor	
Ciudad	Estado	Zona postal	¿Está el proveedor en la red con su seguro? SI / NO
Tipo de terapia		Está la terapia cubierta por tu seguro?	
Horas semanal			
Nombre de Proveedor Actual (3)		Teléfono del Proveedor	
Direccion		Correo Electronico	
Ciudad	Estado	Zona Postal	¿Está el proveedor en la red con tu seguro? Si/ NO
Tipo de Terapia		Está la terapia cubierta por su seguro?	
Horas semanal			



Autorización para usar y divulgar información médica protegida (PHI)

(*Por favor completa este formulario para cada proveedor de servicios para quien desea recibir asistencia de terapia. Haga copias adicionales si es necesario.)

Cuando usted lo completa y firma, este formulario autoriza al proveedor de servicios a divulgar información médica protegida de sus registros al The Autism Hero Project.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Yo, _____ padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente, autoriza a la(s) siguiente(s) personas o institución a proporcionar información al *The Autism Hero Project*, incluyendo no limitado a lo siguiente:

- Registros de Asistencia
- Reporte de Progreso
- Notas de la sesión
- Evaluaciones

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: _____

Esta publicación de información es válida desde ahora hasta el 31 de diciembre de 2022.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una carta al proveedor anterior. Sin embargo, entiendo que no puedo revocar la Autorización para ninguna acción tomada antes de mi recepción de notificación por escrito para revocar esta Autorización. También entiendo que esta Autorización debe estar en su lugar para que yo sea elegible para el dinero de la Beca de Asistencia terapéutica y la terminación de esta Autorización resultará en la terminación de mi subvención.

He tenido la oportunidad de leer esta Autorización y estar de acuerdo con las declaraciones hechas en este formulario. Entiendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando mi autorización de uso y/o divulgación de PHI descrita en este formulario.

Firma del Paciente (Si mayor de 18): _____ Fecha _____

Firma de Padres o Tutor legal: _____ Fecha _____

Nombre en imprenta _____ Relación al paciente: _____

Declaracion Personal

(Las declaraciones pueden escribirse en inglés o español.)

Ayúdenos a conocer mejor su situación familiar y su necesidad de ayuda. Cual es su esperanza con Terapia ABA? Por favor, díganos cualquier otra información que crean que sería útil para nosotros acerca de su situación. (Por favor, limite su estado de cuenta a un máximo de una página delante y detrás.)



Declaracion Jurada

(A COMPLETAR POR EL GUARDIÁN DEL SOLICITANTE)

Yo, _____ certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que falsificar cualquier información en esta solicitud, incluyendo la falta de divulgación de fuentes de ingresos, dara lugar a la terminación inmediata de esta subvención.

Nombre en imprenta _____

Firma _____

Fecha _____

Lista de verificación de solicitud

Para ser considerado para una beca, asegúrese de presentar todo lo siguiente:

- Solicitud completada (página 3-9)
- Consentimiento de Historia Firmada Signed History Consent** (page 4)
- Autorización firmada para usar y divulgar información médica protegida (PHI) (page 7)**
- Declaración personal– 1 page maximum (page 8)
- Declaración Jurada Firmada** (page 9)
- Los últimos 2 talones de pago actuales (fechados dentro de 30 días) para todos los padres / tutores legales.
- Si trabaja por sí mismo, demuestre prueba de ingreso y gasto en los últimos 30 días.
- 2020 Declaraciones de impuestos para padres / tutores legales. *** Si no tiene ingresos o declaraciones impuestos favor de indicar NO Declaración de Impuesto o NO Ingresó al enviar su solicitud.**
- Solicitantes buscando seguro médico en el 2021 del The Marketplace deben completar la información que sigue abajo.
- Envíe su solicitud, talones de nóminas declaraciones de impuesto del 2020, usando uno de los siguientes métodos.
- Mande por correo electrónico en un archivo PDF a applications@autismheroproject.org antes de **15th, de noviembre 2021**
- Envía copias al correo postal:
 - The Autism Hero Project
 - 2612 Pond View Drive
 - Algonquin, IL 60102
- Todas las solicitudes enviadas por correo deben estar marcadas con matasellos antes del **15 de noviembre de 2021.***

Nota importante: Es posible que todos los solicitantes sean contactados para una entrevista telefónica.

LOS BENEFICIARIOS DE LA BECA SERÁN NOTIFICADOS ANTES DEL 12 de DICIEMBRE 2021

PARA SOLICITANTES EN BUSCA DE SEGURO MÉDICO EN 2022 DEL MARKETPLACE

The Marketplace Información de Seguro para el 2022		
¿Está el solicitante actualmente asegurado en The Marketplace? SI _____ NO _____	Para 2021, El solicitante busca: (Indica el plan y el número (#) del nombre del plan y el tipo.) __ Bronze HMO Plan # ____ __ Bronze PPO Plan # ____ __ Silver HMO Plan # ____ __ Silver PPO Plan # ____ __ Gold HMO Plan # ____ __ Gold PPO Plan # ____	
El solicitante renovará el plan The Marketplace? SI _____ NO _____		
Compania de Seguro Primario y dirección	Estimado de Prima Mensual: \$ _____ Deducible: \$ _____ Máximo del bolsillo: \$ _____	
Teléfono de Aseguranza	ID#	Group#