

Hoja de Instrucciones para solicitar la Beca proporcionada por el Fondo de Ben para los Niños con Autismo

La misión del Fondo de Ben por medio de FEAT de Washington es proporcionar oportunidades para acceder a becas a las familias del estado de Washington que necesitan asistencia económica con servicios relacionados al tratamiento del trastorno del espectro autista de su hijo(a).

Para solicitar una beca proporcionada por el Fondo de Ben de hasta \$1,000 por niño, por favor imprima y complete la aplicación de acuerdo con las siguientes instrucciones. **Solo se considerarán las aplicaciones debidamente completadas.**

Elegibilidad para la Beca

- El niño debe tener un diagnóstico comprobado del espectro autista.
- La edad del niño debe ser de 18 años de edad o menor.
- Su lugar de residencia debe ser en una dirección del estado de Washington.
- Tener necesidad económica, comprobada con documentos financieros y circunstancias atenuantes.
- Los artículos o servicios solicitados deben estar directamente relacionados con el tratamiento del autismo del niño(a).
- Es elegible para esta beca incluso si tiene seguro de salud.

Documentos requeridos – Deben ser enviados con la aplicación (complete todos los campos en la aplicación)

- Carta de referencia:** Firmada, de un doctor, terapeuta o maestro de educación especial que está específicamente trabajando en el tratamiento del autismo de su niño(a) y que recomienda el servicio/equipo. Esta carta debe indicar claramente cómo el servicio o equipo solicitado ayudará con el tratamiento del autismo de su niño(a) mientras que también debe documentar el diagnóstico de autismo de su niño(a).
- Historia Familiar:** Comparta con nosotros por qué está aplicando por esta beca y cómo esta beca ayudará a su niño(a). Por favor incluya cualquier circunstancia atenuante para que también podamos considerarla.
- Documento financiero:** Una copia de su declaración de impuestos (1040) mostrando su ingreso bruto ajustado (puede enviar el documento de SSI si no tiene un empleo) que indica que el niño/la niña es su dependiente. Por favor incluya circunstancias atenuantes en la historia de su familia.
- Factura/Declaración:** Indique el monto/montos individuales más el total exacto, del proveedor del servicio o de la página en la internet del vendedor.
La solicitud de equipo debe incluir: el nombre exacto del artículo o artículos, costos y todos los impuestos más costos de envío, detalles del vendedor/de la página en la internet.
La solicitud de servicios debe incluir: monto exacto y servicio (mostrar el detalle de lo que es cubierto por el seguro y el balance que el paciente debe pagar).
- Información del Contacto:** Proporcione el nombre del comerciante y de la página en la internet dónde nosotros compraremos el equipo. Para aplicaciones por servicios necesitamos el nombre de la empresa que vende el artículo, el nombre de una persona de contacto de la empresa, la dirección, el número de teléfono y a nombre de quién se debe hacer el cheque.

Enviar las aplicaciones completas por correo a:

**FEAT of WA, Attn: Ben's Fund
14434 NE 8th St Suite 300, Bellevue, WA 98007**

La aplicación debe ser llenada en INGLÉS y la información requerida también debe ser enviada en INGLÉS.

Información adicional – Si necesita ayuda adicional, por favor envíe un correo electrónico a bensfund@featwa.org

- Se dará preferencia a las familias con necesidades económicas, sin embargo se consideran las circunstancias atenuantes.
- Artículos que no son cubiertos por esta beca: Relevos, citas para el diagnóstico del autismo, dinero para gasolina. Tampoco cubre equipo que ya ha sido comprado porque no pagamos directamente a las familias.
- **Solo se considerará otorgar las becas si la aplicación está debidamente llenada y se ha adjuntado toda la información solicitada.**
- Una vez que recibamos su aplicación completa, recibirá una notificación por teléfono o correo electrónico. La aplicación será presentada en la próxima reunión del comité de revisión. El marco de tiempo de una aplicación completa es de 60 a 90 días. Nos comunicaremos con usted para darle el resultado.
- Si se le otorga una beca del Fondo de Ben, los fondos se mandaran directamente al proveedor, vendedor, comerciante u organización que fue indicada en la aplicación para la beca. Los fondos no serán pagados directamente a las familias. No puede cambiar su solicitud una vez que la beca sea otorgada.
- Las becas se otorgarán sin discriminación por motivos de raza, color o origen nacional.



Ben's Fund Autism Grant Application Form

Applicant Information: Please refer to the instruction page for required accompanying documentation Only applications received in full will be submitted for review. Please complete all fields.

Childs Name: Last First Date:

Address: Street Address Apartment/Unit #

City State ZIP Code

Phone: () E-mail Address:

Parent Name: Diagnosis: Childs Age B/date: Yrs / /

Is this applicant a previous Ben's Fund recipient: Yes or No Current FEAT of WA member: Yes or No

If YES, when was the last award date / / How did you hear about Ben's Fund?

Do you give permission for media coverage if awarded? TOTAL AMOUNT REQUESTING \$

Requested Service or Equipment:

Referral letter must list all items. Invoice/s must show total of exact amount (including ship/taxes)

For multiple requests please provide a list of all items, prices and totals. Allow additional processing time.

Item/s:

Contact Details for Payment of Service or Equipment:

Service (Name of whom to make the check payment to) / Equipment (Business name & website)

Business Name: Contact:

E-mail: Phone: ()

Address:

City: State: ZIP:

I understand that false or misleading information in my application may result in losing my grant if awarded, being required to return disbursed funds and other actions against me. I also understand that the funds I receive may be less than I applied for. If awarded a grant, FEAT of WA will be held harmless for any outcomes from using awarded service or equipment, nor are they responsible for additional expenses, replacement, installation, maintenance.

I understand that if my grant is approved, I can begin using the funds by contacting my provider; all funds will be sent directly to that provider; funds are nontransferable, and can ONLY be used for providers listed on my application for the specific item being requested. Checks not cashed within 90 days will be canceled. If I am unable to use the funds, checks must be sent back to FEAT of WA at which point you may reapply for a different request.

I understand that submitting this application is no guarantee I will receive a grant. Some of the reasons my grant may be denied include but are not limited to: lack of funds, incomplete information on my application (applications must be completed in full and sent with all supporting documentation), or if I do not fit the criteria for a grant at this time. FEAT of WA reserves the right to approve or deny grants as deemed appropriate by the Ben's Fund Review Committee and/or BOD of FEAT in its sole discretion, provided that FEAT of WA will not discriminate on the basis of race, color or national origin. I give permission to FEAT of WA to sign me up for FEAT of WA membership if I am not already a FEAT of WA member. The information provided with this application is confidential. I understand that I will be notified if my grant application is approved.

I certify that by submitting this application that I understand the terms of this grant, and that my answers are true and complete.

Signature Date