



## PROGRAMA BECARIO DE AUTISMO SOLICITUD 2023-2024

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE**

\*\*\* **Utilice el certificado de nacimiento para los datos del estudiante\*\*\***

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(PRIMERO) (SEGUNDO) (APELLIDO)

SEXO: FEMENINO  MASCULINO

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ CIUDAD DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

IDIOMA NATIVO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

ULTIMOS CUATRO #s DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ NIVEL DE GRADO 2022-2023: \_\_\_\_\_ NIVEL DE GRADO 2023-2024: \_\_\_\_\_

ORIGEN ETNICO: :  Asiático/Isla del Pacifico  Indígena Americano/Nativo de Alaska  Nativo de Hawái u Otra Isla Pacifica  
 (Seleccione solo uno)  Afroamericano/No-Hispano  Multiracial  Hispano  Blanco/No-Hispano

**¿ESTA SU ESTUDIANTE REGISTRADO PARA SER EDUCADO? ¿O ASISTE A UNA ESCUELA PRIVADA?**  
 REGISTRADO PARA SER EDUCADO EN CASA:  SI  NO  
 SI LA RESPUESTA ES NO, PROPORCIONE EL NOMBRE DE LA ESCUELA PRIVADA: \_\_\_\_\_

**TUTOR LEGAL PRINCIPAL**

Soy (marque una opcion):  El padre/la madre natural  El padre/la madre adoptivo  El estudiante, de al menos dieciocho años  
 El padre/la madre residencial  Tutor Legal del estudiante que se postula para la beca

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(PRIMERO) (SEGUNDO) (APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ULTIMOS CUATRO #s DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION FISICA: \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

RELACION CON EL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ ¿EN QUE CONDADO VIVE? \_\_\_\_\_

¿EN QUE DISTRITO ESCOLAR VIVE? \_\_\_\_\_

**TUTOR SECUNDARIO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(PRIMERO) (SEGUNDO) (APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ULTIMOS CUATRO #s DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION FISICA: \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

RELACION CON EL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

**DEVOLVER ESTE FORMULARIO JUNTO CON COMPROBANTE DE DOMICILIO A SU PROVEEDOR**



Se requiere comprobante de domicilio de todo estudiante anualmente. Los documentos presentados deben tener, el nombre del padre/la madre/el tutor, la dirección actual y fecha reciente (dentro de los últimos 90 días). No se aceptan apartados postales. Las facturas de servicio deben mostrar la dirección en “para prestar servicio en” que indica en donde se utiliza el gas, la electricidad, etc....

*Los padres/tutores deben documentar su residencia proporcionando a la escuela una de las siguientes facturas de servicios públicos (que acompañarán su solicitud o formulario de renovación): Factura de servicios públicos: electricidad, gas, agua, cable/Internet, O contrato de alquiler/arrendamiento y otro (1) documento oficial, O Estado de cuenta mensual de su hipoteca de casa. No se aceptan facturas de teléfonos celulares. La factura completa de servicios debe presentarse, mostrando que la dirección de servicio coincide con la dirección postal. Se puede encontrar información adicional en la página web de becas.*

**YO \_\_\_\_\_ ACEPTO LO SIGUIENTE:**  
(NOMBRE DE PADRE/MADRE/TUTOR)

1. La información proporcionada en la solicitud es verdadera y correcta;
2. He presentado solo una solicitud de beca de autismo para este estudiante;
3. He recibido el acuerdo de tarifas y servicio;
4. Entiendo que el aceptar una beca libera al distrito escolar de residencia y al distrito escolar en el cual el estudiante tiene derecho a asistir a la escuela, si es diferente, de la obligación de proporcionarle FAPE al niño;
5. Informaré al proveedor, a mi distrito de residencia y al departamento de inmediato sobre cualquier cambio en dirección residencial, información de contacto o estado de custodia;
6. Informaré al departamento, mi proveedor y mi distrito de residencia de mi retiro del programa y el regreso al sistema de escuelas públicas;
7. Informaré al departamento sobre la adición o cambio de proveedor de servicios seleccionado;
8. Firmaré los cheques becarios recibidos por mis proveedores, en nombre de mi estudiante, de manera oportuna. Entiendo que, si no traspaso los cheques de la beca al proveedor, seré responsable de pagar la matrícula y las cuotas del estudiante;
9. Entiendo que la beca solo se puede utilizar para la educación de mi hijo y los servicios de apoyo descritos en su IEP;
10. Entiendo que la beca solo se puede aplicar a la matrícula y tarifas de servicio de proveedores que participan en el programa, y que se me pedirá que pague costos que excedan el monto de la beca según las estipulaciones y pólizas del proveedor;

Autorizo al Departamento de Educación de Ohio, mi distrito escolar de residencia, el distrito de mi escuela privada y mis proveedores seleccionados a compartir la siguiente información con respecto a mi hijo: Programa de Educación Individualizado (IEP) actual y pasado, Informe del Equipo de Evaluación (ETR), datos para el desarrollo del IEP y ETR, incluyendo los informes provisionales y de progreso.

**AL FIRMAR A CONTINUACION, ACEPTO TODAS LAS DECLARACIONES ANTERIORES.**

**YO AUTORIZO A:** \_\_\_\_\_ (Nombre de proveedor)  
para presentar una solicitud de beca en mi nombre a través del sistema de solicitudes electrónicas del Departamento De Educación de Ohio.

**Firma de Tutor Legal/Principal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**DEVOLVER ESTE FORMULARIO JUNTO CON COMPROBANTE DE DOMICILIO A SU PROVEEDOR**