PROGRAMA DE BECAS PARA AUTISMO
SOLICITUD DE ESTUDIANTE 2026-2027

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

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

NOMBRE: _____ _____ _____
(PRIMER) **(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 2025-2026:_____ NIVEL DE GRADO 2026-2027:_____

ORIGEN ETNICO: (Seleccione solo uno) ◯ asiático/Isla del Pacifico ◯ Indígena Americano/Nativo de Alaska ◯ Nativo de Hawái u Otra Isla Pacífica ◯ Afroamericano/No-Hispano ◯ Multirracial ◯ Hispano ◯ Blanco/No-Hispano

¿SU ESTUDIANTE ESTA SIENDO EDUCADO EN CASA ? ¿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 adoptiva ◯ El estudiante, de al menos dieciocho años ◯ El padre/la madre residencial ◯ Tutor Legal del estudiante que se postula para la beca

NOMBRE: _____ _____ _____
(PRIMER) **(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: _____ _____ _____
(PRIMER) **(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

COMPROBANTE DE DOMICILIO

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.

AUTORIZACIÓN Y CONCESIÓN DE INFORMACIÓN

YO_____**ACCEPTO 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 tienederecho 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 (Plan de Educación Individual);
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 y Fuerza Laboral 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: Plan 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 y Fuerza Laboral de Ohio.

Firma de Tutor Legal/Principal:_____**Fecha:**_____

DEVOLVER ESTE FORMULARIO JUNTO CON COMPROBANTE DE DOMICILIO A SU PROVEEDOR

El Departamento de Educación y Fuerza Laboral de Ohio no discrimina por motivos de raza, religión, género, nacionalidad, edad, discapacidad u origen étnico. El Departamento de Educación y Fuerza Laboral de Ohio es un empleador y proveedor de servicios de la ADA que ofrece igualdad de oportunidades. El Aviso de No Discriminación del Departamento se aplica a todos los programas y actividades.

Department of Education & Workforce