



## **S2C Solicitud del Fondo de Acceso para Deletreantes**

Por favor, revise completamente toda la información siguiente antes de rellenar esta solicitud. Por favor, escriba claramente y proporcione toda la información requerida. Sólo se tendrán en cuenta las solicitudes completas y que cumplan los requisitos.

El Fondo de Acceso para deletreantes de I-ASC proporciona a los individuos que califiquen lo siguiente:

- Juego de plantillas de letras.
- 2 cuadernos de trabajo.
- 5 sesiones con un Practicante S2C registrado que participe en el Programa Speller Access Fund.

Los solicitantes que reúnen los requisitos son personas que no hablan, hablan mínimamente o hablan poco. La financiación de este programa es limitada. Está destinado únicamente a familias que necesiten ayuda económica y que, de otro modo, no podrían acceder a Spelling to Communicate (S2C) y está abierto a personas de EE.UU. o de otros países.

### **Requisitos y Elegibilidad**

Debe cumplir los siguientes requisitos para solicitar la ayuda:

- La persona para la que se presenta la solicitud debe tener 7 años o más.
- Sólo los padres o tutores legales pueden presentar la solicitud en nombre de su hijo/adulto.
- Un Compañero de Regulación de la Comunicación (CRP) es un adulto que se compromete a aprender y ayudar al individuo a utilizar Ortografía para Comunicarse eficazmente y debe estar disponible varios días a la semana. Comprenda que un profesional de S2C le ayudará a empezar y a lo largo del proceso, pero el trabajo se hace en casa. Sólo con la repetición y la práctica tendrá éxito el S2C.
- Ponte en contacto con el I-ASC para encontrar un practicante de S2C registrado con el que puedas trabajar. Envíe un correo electrónico a [info@i-asc.org](mailto:info@i-asc.org) para obtener información sobre un practicante de S2C cerca de usted.



Por favor ponga sus iniciales en cada línea indicando su acuerdo:

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en que un individuo designado o yo seremos un CRP comprometido para mi niño/adulto.

\_\_\_\_\_ Entiendo que estos fondos se dispersan directamente a un Practicante S2C registrado en el I-ASC de mi elección para ser utilizados únicamente en nuestras sesiones S2C.

\_\_\_\_\_ Confirmando que debo elegir un Practicante S2C registrado que participe en el Fondo de Acceso al Ortografía. Tras la aceptación, el I-ASC me proporcionará una lista de los Profesionales S2C registrados y participantes de mi zona.

\_\_\_\_\_ Entiendo que no puedo solicitar financiación para pagar sesiones ya realizadas con un profesional. Este fondo es sólo para futuras citas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el I-ASC no puede proporcionar financiación para gastos de viaje para ver a un practicante.

\_\_\_\_\_ Acepto completar una encuesta de seguimiento con el I-ASC un año después de recibir los fondos.

### **NIÑO/ADULTO NO HABLANTE**

Nombre completo \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con el niño/adulto no hablante? \_\_\_\_\_

### **PADRE(S)/TUTOR(ES) LEGAL(ES)**

Nombre Completo(s): \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Empleador o empresa para la que trabaja: \_\_\_\_\_

Por favor, comente cómo se apoyará al deletreador en casa a través del proceso de aprendizaje del S2C, por qué cree que su no hablante se beneficiará del S2C, cualquier experiencia previa que pueda haber tenido utilizando tableros y otras consideraciones que le gustaría que supiéramos.



---

---

---

---

---

---

---

**¿Trabaja ya con un profesional de S2C registrado? Sí\_\_ No\_\_**

En caso afirmativo:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Localización: \_\_\_\_\_

¿Ha comprado ya material? Sí/No\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_

**Diagnóstico oficial del niño o adulto:**

---

¿Cuál es la capacidad de la persona con autismo para utilizar la comunicación verbal? (Marque uno):

No habla (No habla)

Habla mínima (Algunas palabras y frases)

Habla poco fiable (El habla no es eficaz para una comunicación sólida)

¿Cómo se comunica la persona actualmente? \_\_\_\_\_

¿Corre riesgo de hacerse daño a sí mismo o a otros? Explíquelo a continuación.

---

¿Qué terapia o intervención ha probado en el pasado? \_\_\_\_\_

Por favor, comparta cualquier otra información que sea útil que conozca el profesional de S2C o Deletrear para comunicarse.

---

---



RENTA COMPLEMENTARIA DE SEGURIDAD (\$) \_\_\_\_\_

**Declaración personal de ingresos y situación económica de los padres o tutores legales**

**ACTIVOS**

Cuenta corriente \$ \_\_\_\_\_  
 Cuenta de ahorro \$ \_\_\_\_\_  
 Bienes inmuebles \$ \_\_\_\_\_  
 Valor de la vivienda \$ \_\_\_\_\_  
 Automóviles \$ \_\_\_\_\_  
 Bienes muebles \$ \_\_\_\_\_  
 Acciones/IRA/Etc \$ \_\_\_\_\_

**Total Activos:** \$ \_\_\_\_\_

**OBLIGACIONES MENSUALES**

Pago mensual de la casa/alquiler \$ \_\_\_\_\_  
 Otras facturas/préstamos mensuales \$ \_\_\_\_\_  
 Servicios públicos mensuales \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro mensual \$ \_\_\_\_\_  
 Gastos mensuales de automóvil \$ \_\_\_\_\_  
 Gastos médicos mensuales \$ \_\_\_\_\_  
 Otras facturas médicas mensuales (es decir, terapias, TO, TL, etc.) \$ \_\_\_\_\_

Médico/Agencia \$ \_\_\_\_\_  
**Total Obligaciones mensuales:** \$ \_\_\_\_\_

Ingresos anuales totales de la familia que vive en el hogar: \$ \_\_\_\_\_

Número total de personas en el hogar: \$ \_\_\_\_\_

**Combinación de fuentes de ingresos:**

**Adjunte una copia de su declaración de la renta más reciente. (Sólo formulario principal - NO envíe anexos/calendario)**

TIPO DE INGRESOS	MENSUAL	ANUAL
Salario	\$ _____	\$ _____
Bonos y Comisiones	\$ _____	\$ _____
Pensión		
alimenticia/manutención de los hijos	\$ _____	\$ _____
Real Estate Income	\$ _____	\$ _____
Otros Ingresos	\$ _____	\$ _____
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>
 Total ingresos funcionales:	 \$ _____	 \$ _____

**(TODOS LOS DEMÁS INGRESOS incluyen subvenciones, Seguridad Social, CRS, Medicaid, etc.)**



Al firmar a continuación, doy fe de que toda la información es veraz y exacta. Doy mi permiso al I-ASC para que se ponga en contacto con los médicos que figuran en la lista para su verificación. Entiendo que proporcionar información falsa descalificará inmediatamente mi solicitud y cualquier futura oportunidad de subvención del I-ASC.

Firma de Padres o tutores legales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe la solicitud ya completada por correo electrónico a: [info@i-asc.org](mailto:info@i-asc.org)

o envíe en físico a la siguiente dirección:

International Association of Spelling as Communication  
722 Grant Street, Suite C  
Herndon, VA 20170