División de Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades

Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Lista de Verificación para la Solicitud

Esta es una lista de los documentos que debe enviar junto con la solicitud al Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo (ATAP). Estos documentos ayudan a determinar si usted califica para los servicios. Si hace falta algún documento requerido, ATAP le solicitará que lo envíe. El programa no puede decidir si usted califica hasta que se reciban todos los documentos. Tiene **60 días** a partir de la fecha de su carta de solicitud para proporcionar la información faltante. Si ATAP no recibe los documentos dentro de ese plazo, se le denegará su solicitud.

(Nombre y apellido del menor)

Complete y firme los campos de esta sección (adjunta):

- ☐ Formulario de solicitud (ATAP-EI-04).
- ☐ Formulario de autorización para compartir y solicitar información (GA-CI-01S).
- ☐ Formulario de declaración financiera anual.
- ☐ Avisos de prácticas de privacidad.
- ☐ Formulario de registro de votante Opcional. Si lo completa, debe firmarlo con bolígrafo.
- ☐ Planilla de prioridad de tratamiento (ATAP-EI-05).

De los documentos que figuran a continuación, proporcione los que correspondan a su situación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el personal de admisión del ATAP.

- ☐ Informes de diagnóstico complementarios: El informe debe incluir el nombre de la prueba o evaluación, y las puntuaciones.
- ☐ Expedientes académicos: Plan de Educación Individualizado (IEP) o informe de evaluación del Equipo Multidisciplinario (MDT) más reciente de la escuela.
- ☐ Registros de intervención temprana: Si el menor recibió servicios de intervención temprana y contaba con un Plan de Servicio Individual y Familiar (IFSP).
- ☐ Tarjeta actual de Medicaid o seguro médico (copia del frente y dorso).
- ☐ Prueba de Ciudadanía Estadounidense o Extranjero Calificado. Esto es para todas las personas que figuran en la solicitud. Esto puede ser:
  - Certificado de nacimiento;
  - Licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal;
  - Tarjeta de identificación militar;
  - Pasaporte estadounidense o certificado de naturalización; o
  - Tarjeta del Seguro Social.

División de Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades
Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Lista de Verificación para la Solicitud

☐ Identificación actual de Nevada (licencia de conducir o ID).

☐ Comprobante de residencia en Nevada: Puede ser una factura de electricidad, un contrato de arrendamiento u otros documentos actuales en los que figure su domicilio. Los documentos deben estar fechados en los últimos 30 días de calendario.

- Los días cuentan desde la fecha de solicitud hasta 30 días de calendario anteriores. (Ejemplo: si presenta su solicitud el 5 de abril, deberá proporcionar documentos con fecha entre el 4 de marzo y el 5 de abril).

☐ Verificación de ingresos: Para todos los familiares que viven con usted y contribuyen a cubrir los gastos.

- Formularios 1040 que muestren los ingresos brutos ajustados y la cantidad de dependientes, y la página con su firma.
- Recibos de sueldo de los últimos 30 días de calendario. Los días cuentan desde la fecha de solicitud hasta 30 días de calendario anteriores. (Ejemplo: si presenta su solicitud el 5 de abril, deberá proporcionar documentos con fecha entre el 4 de marzo y el 5 de abril).
- No se requiere verificación de ingresos si cuenta con Medicaid de Nevada.

☐ Formulario FA-11F de Medicaid: Medicaid exige que este formulario esté firmado por el médico, asociado médico, enfermero registrado de práctica avanzada o psicólogo que realizó su diagnóstico.

- Si su hijo recibió su diagnóstico en otro estado, un médico de Nevada debe firmar el formulario.
- El médico debe entregarle una copia del formulario firmado.
- Si tiene seguro privado, este formulario no es necesario.

Información importante sobre el programa que debe conocer y conservar:

☐ Prácticas de privacidad.

☐ Pautas de determinación de la elegibilidad: Hoja con información sobre la elegibilidad para el ATAP (ATAP-EI-03).

Borrar Formulario