

División de Servicios para la tercera edad y Discapacidades
Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Solicitud del Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Su hijo debe tener un diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) para que se pueda procesar su solicitud. La solicitud cumplimentada puede entregarse en persona, por fax o correo a la siguiente dirección:

Ubicaciones de las oficinas del ATAP			
<input type="checkbox"/> CARSON CITY	<input type="checkbox"/> ELKO	<input type="checkbox"/> LAS VEGAS	<input type="checkbox"/> RENO
1550 E. College Pkwy. Carson City, NV 89706	1020 Ruby Vista Drive Suite 102 Elko, NV 89801	7150 Pollock Drive Las Vegas, NV 89119	10375 Professional Cr. Reno, NV 89521
Teléfono: (775) 687-0113 Fax: (775) 687-0119	Teléfono: (775) 687-0113 Fax: (775) 687-0119	Teléfono: (775) 687-0113 Fax: (775) 687-0119	Teléfono: (775) 687-0113 Fax: (775) 687-0119

Fecha del diagnóstico de autismo:

Información del solicitante		
(Nombre del niño)	(Idioma principal del menor)	(Idioma principal del padre/madre/tutor)
(Fecha de nacimiento [MM/DD/AA])	(Edad del menor)	(Idioma del padre/madre/tutor secundario)

Raza/etnia:

<input type="checkbox"/> Indoamericano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano	<input type="checkbox"/> Oriente Medio/Norte de África
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Caucásico/blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Birracial/multirracial	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Decido no responder
	<input type="checkbox"/> Hispano/latino	<input type="checkbox"/> Desconocido

Estado de ciudadanía del niño:

<input type="checkbox"/> Ciudadano Estadounidense	<input type="checkbox"/> Residente de Nevada	Número de seguro social
<input type="checkbox"/> Estatus de extranjero calificado		

(Domicilio Calle, ciudad, estado, código postal)

(Dirección postal Calle, ciudad, estado, código postal)

División de Servicios para la tercera edad y Discapacidades

Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Solicitud del Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Información del Padre/Tutor	
Principal	Secundario
(Nombre del parent/guardián principal [si corresponde])	(Nombre del parent/guardián secundario [si corresponde])
(Número de teléfono)	(Número de teléfono)
(Correo electrónico)	(Dirección de correo electrónico del parent/guardián secundario)

Estado de ciudadanía de los padres:

- Ciudadano Estadounidense Residente de Nevada Número de seguro social
 Estatus de extranjero
calificado

Esta información se utiliza para cumplir con la ley estatal [NRS 239B.022-239B.026](#). Solo el Departamento de Salud y Servicios Humanos tendrá acceso a esta información. Proveer esta información es opcional.

Sexo asignado al nacer: Identidad de género:

Orientación sexual:

- Heterosexual
 - Homosexual
 - Bisexual
 - No figura en la lista
(especifique)
 - Prefiero no contestar

Nombre de la escuela:

El estudiante Plan de Educación Individualizado (IEP) Plan 504 Plan de Intervención Conductual Plan del Equipo Multidisciplinario (MDT)

Servicios Adicionales

Otros servicios o programas prestados (análisis de conducta aplicado, servicios de intervención temprana de Nevada, terapias, médicos, psicólogos, centros regionales, etc.):

División de Servicios para la tercera edad y Discapacidades
Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Solicitud del Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Nombre del Especialista del Desarrollo/Administrador de Casos

Tipos de servicios y apoyo que necesita:

Información Sobre Seguros y Medicaid

Medicaid Organización de atención administrada Katie Beckett Nevada Check-Up

Número de ID de Medicaid:

Seguro privado Nombre del seguro: ID del seguro: (si está disponible)

Cobertura doble Especifique la cobertura doble:

Sin seguro Notas sobre Sin seguro:

Condición con respecto al seguro del solicitante/menor:

Asegurado Buscando seguro No asegurado Con seguro insuficiente Otra condición
Si marcó "Otra condición", especifique:

Diagnóstico médico actual:

Disponibilidad

Indique los días de la semana y los horarios de su preferencia para los servicios de terapia.

Entiendo que esta es una preferencia en cuanto al horario y que mis horas de mi servicio pueden depender de la disponibilidad del proveedor dentro de este horario. Sí No

Lunes P. ej. 9-12	Martes 5-7	Miércoles 9-5	Jueves 12-7	Viernes 12-7	Sábado En ningún momento	Domingo En ningún momento
----------------------	---------------	------------------	----------------	-----------------	-----------------------------	------------------------------

Cantidad de días por semana: Cantidad de horas por día: Total de horas por semana:

División de Servicios para la tercera edad y Discapacidades

Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Solicitud del Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Consentimiento

Solicito servicios del Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo. ATAP es un programa estatal que ayuda a las personas de Nevada a obtener servicios para el autismo. Comprendo que puedo cancelar esta solicitud en cualquier momento. También comprendo que el ATAP mantendrá la privacidad de la información que recopile. Al firmar este formulario, acepto proporcionar toda la información necesaria para que se determine si cumple con los requisitos. ATAP denegará mi solicitud si pierde el contacto conmigo, no obtiene la información necesaria o si no cumple con los requisitos para recibir dichos servicios.

(Firma del solicitante [Si no es parente/tutor])

(Fecha)

(Firma del parente/madre/tutor [si corresponde])

(Fecha)