

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad
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			
CARSON CITY	ELKO	LAS VEGAS	RENO
1550 E. College Pkwy. Carson City, NV 89706 Teléfono: (775) 687-0113 Fax: (775) 687-0119	1020 Ruby Visit Drive, Suite 102 Elko, NV 89801 Teléfono: (775) 687-0113 Fax: (775) 687-0119	7150 Pollock Drive Las Vegas, NV 89119 Teléfono: (702) 688-3271 Fax:(702) 668-3299	10375 Professional Cr. Reno, NV 89521 Teléfono: (775) 687-0113 Fax: (775) 687-0119
Fecha del diagnóstico de autismo:			
Información del solicitante			
Nombre del niño:		Idioma principal del menor:	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):		Edad del menor:	
Raza/etnia			
Indoamericano/nativo de Alaska Asiático Birracial/multirracial	Negro/afroamericano Caucásico/blanco Filipino Hispano/latino	Oriente Medio/Norte de África Nativo de Hawái/Islands del Pacífico Decido no responder Desconocido	
Residente de Nevada: Sí No			
Domicilio: (Calle, ciudad, estado, código postal)			
Dirección postal: (Calle, ciudad, estado, código postal)			
Nombre del padre/madre/tutor principal (si corresponde):		Idioma principal del padre/madre/tutor:	
Número de teléfono:		Correo electrónico:	
Nombre del padre/madre/tutor secundario (si corresponde):		Idioma del padre/madre/tutor secundario:	
Número de teléfono:		Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor secundario:	

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad
Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Solicitud del Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Nombre del solicitante (nombre y apellido):				
Esta información se utiliza para cumplir con la ley estatal Departamento de Servicios Humanos tendrá acceso a esta información. Proveer esta información es opcional.				Solo el
Sexo asignado al nacer:		Identidad de género:		Orientación sexual:
Masculino Femenino Prefiero no contestar		Masculino Femenino Hombre transgénero Mujer transgénero Género no binario/no conforme con el género No figura en la lista (especifique) Prefiero no contestar		Heterosexual Homosexual Bisexual No figura en la lista (especifique) Prefiero no contestar
Nombre de la escuela:				
El estudiante tiene:	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.):				
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:				
<input type="checkbox"/> Seguro privado	Nombre del seguro:		ID del seguro: (si está disponible)	
<input type="checkbox"/> Cobertura doble	Especifique la cobertura doble:			

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad
Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Solicitud del Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

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	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
P. ej. 9-12	5-7	9-5	12-7	12-7	En ningún momento	En ningún momento
Cantidad de días por semana:		Cantidad de horas por día:		Total de horas por semana:		
Consentimiento						
Solicito servicios del Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo. El 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 cumplo con los requisitos. El ATAP denegará mi solicitud si pierde el contacto conmigo, no obtiene la información necesaria o si no cumplo con los requisitos para recibir dichos servicios.						
(Firma del solicitante)					(Fecha)	
(Firma del padre/madre/tutor [si corresponde])					(Fecha)	