



**Formulario de solicitud de apoyo para niños**

**El apoyo puede ser solicitado para:** familias con niños en preescolar hasta la edad de 21, quienes necesitan servicios en la educación especial o acomodaciones en el distrito escolar del valle de Boulder y el valle de St. Vrain (se da prioridad a las familias con niños que tienen una discapacidad intelectual o del desarrollo).

¿Tiene el niño(a) una discapacidad del desarrollo? Sí  No  No estoy seguro(a)

**Solicita apoyo para:**

Nombre del niño(a):

Fecha de nacimiento:

Nombre del padre/guardián:

Teléfono:

Dirección:

Correo electrónico:

Distrito Escolar: Boulder  St. Vrain

Nombre de la escuela:

¿Tiene un IEP su hijo(a) en este momento? Sí  No  ¿un 504? Sí  No

¿Cómo se enteró del ACL?

**Por favor díganos sobre el problema, la situación o preocupación porque usted está solicitando apoyo:**

**Información Demográfica:** El ACL no cobra por sus servicios, así que, a fin de mantener nuestras puertas abiertas, aplicamos para becas de fondos de varias fuentes. Estos proveedores de fondos requieren que reportemos datos de demografía (tales como la etnicidad, el código de área, la fecha de nacimiento, etc.) de los grupos de personas a las que servimos. Sin estos fondos, el ACL no podrá brindar el nivel actual de la tan necesitada defensoría, el apoyo y el entrenamiento. Comprendemos que la información que estamos pidiendo es muy confidencial, y le aseguramos que no compartimos ninguna información específica sobre usted o ningún miembro de su familia. Toda la información específica sobre usted o ningún miembro de su familia. Toda la información se usa para el planeamiento y la evaluación de programas, y la información que se reporta a los proveedores de fondos se separa de cualquier información que identifique al individuo, luego se añade a un total para mostrar el impacto del trabajo que realizamos. Esta información no afectará ningún servicio que usted recibe. Gracias por su ayuda en nuestros esfuerzos para continuar proporcionando defensa, apoyo, y educación sin ningún costo.

Ingreso mensual familiar:

Número de personas en hogar:

Sexo del niño(a):

Origen étnico del niño(a):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico        | <input type="checkbox"/> Afroamericano                          | <input type="checkbox"/> Raza Mixta/otro |
| <input type="checkbox"/> Asiático         | <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska    |  |
| <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otro isleño pacífico |  |