Solicitud de Beca AAA Scholarship Foundation 2017-18
Becas para Gardiner (Anteriormente PLSA)

Becas son otorgadas en la base de primer completada, primer otorgada

Si usted inscribe a su estudiante en una escuela privada antes de que usted haya recibido una CARTA DE OTORGAMIENTO y un Formulario de Compromiso Escolar (SCF), usted será responsable de la matrícula de su estudiante y él / ella no calificará para becas futuras. La financiación no está garantizada. Por favor considere esto antes de inscribir a su(s) estudiante(s) en una escuela privada.

¿ES USTED ELEGIBLE PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD? COMPLETA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA AVERIGUAR.

1.) ¿La familia vive en Florida?
- ☐ Sí, por favor pase a la pregunta # 2.
- ☐ No, vivimos en otro estado. *PARE* - No continúe, su hogar NO es elegible.

2.) ¿Su estudiante tendrá 3 o 4 años de edad el 1º de septiembre de 2017 o antes?
- ☐ Sí, mi estudiante de Florida tendrá 3 o 4 años de edad el 1° de septiembre de 2017 o antes. Por favor pase a la pregunta # 4.
- ☐ No, mi estudiante de Florida tendrá por lo menos, 5 años el 1º de septiembre de 2017 o antes. Por favor pase a la pregunta # 3.
- ☐ No, mi estudiante no cumplirá con los requisitos de edad para mi estado. *PARE* - No continúe, su estudiante no es elegible para recibir una beca AAA para 2017-18.

3.) ¿Su estudiante tendrá la edad requerida para entrar a preprimaria hasta el 12º grado el 1º de septiembre de 2017 o antes?
- ☐ Sí, mi estudiante de Florida tendrá al menos 5 años de edad, pero no más de 21 años de edad el 1º de septiembre de 2017. Por favor pase a la pregunta # 4.
- ☐ No, mi estudiante no cumplirá con los requisitos de edad para mi estado. *PARE* - No continúe, su estudiante no es elegible para recibir una beca AAA para 2017-18.

4.) ¿Tiene su estudiante al menos uno de las diez (10) discapacidades siguientes?

1. Trastorno del Espectro Autista
2. Síndrome de Down
3. Parálisis cerebral
4. Discapacidad intelectual Espina bífida
5. Phelan-McDermid
6. Síndrome de Prader-Willi
8. Para un niño de 3 a 5 años de edad, siendo un niño de alto riesgo
9. Distrofía Muscular
10. Síndrome de Williams

- ☐ Sí, mi estudiante ha sido diagnosticado con al menos una de las diez discapacidades enumeradas. Por favor pase a la pregunta # 5.
- ☐ No, mi estudiante no fue diagnosticado con al menos una de las diez discapacidades enumeradas. *PARE* - No continúe, su estudiante no es elegible para recibir una beca AAA para 2017-18.

5.) ¿Es el hogar/estudiante elegible de otra manera?
- ☐ Sí, ni mi estudiante ni mi hogar han sido descalificados del programa por alguna razón, incluyendo el proceso de auditoría interna. Por favor, continúe completando la solicitud en la página siguiente.
- ☐ No, mi estudiante o nuestro hogar han sido descalificados/revocados de participar en el programa por alguna razón, incluyendo el proceso de auditoría interna en el pasado. *PARE* - No continúe, su estudiante no es elegible para recibir una beca AAA para 2017-18.

Tenga en cuenta que un estudiante puede NO recibir una beca Gardiner Y:

1. Continuar frecuentando una escuela pública de Florida, incluyendo:
   - a. Escuela de Florida para Sordos y Ciegos
   - b. Escuela Virtual de Florida (como estudiante de escuela pública)
   - c. Academia Internado Preparatoria para la Universidad'
   - d. Una escuela de la investigación del desarrollo
   - e. Una escuela autónoma del distrito
   - f. Un programa de educación virtual del distrito (como alumno de una escuela pública)
2. Permaner en una beca McKay o una beca de crédito fiscal (con base en los ingresos) durante el mismo año escolar
3. Permanecer en un Programa Voluntario de Educación, Previo a preprimaria, durante el mismo año escolar
4. Inscribirse en una escuela operando con el propósito de proporcionar servicios educativos a los jóvenes en los programas de compromiso del Departamento de Justicia de Menores

ASEGÚRESE DE COMPLETAR TODAS LAS PÁGINAS DE LA SOLICITUD, INCLUYENDO LA PÁGINA DE LA FIRMA.

La tramitación de las solicitudes se completa normalmente dentro de 4 a 6 semanas una vez recibida TODA la documentación requerida.
Para comprobar el estado de tramitación de su solicitud, vaya a https://app.wizehive.com/webform/aaasf.

¿Preguntas? Llame al 1-888-707-2465 o envíe un correo electrónico a: PLSA@aaascholarships.org

Nombre del PADRE/GUARDIÁN A:_____ **SS #** _____

2017-2018 AAA-FLORIDA Solicitud de Beca Gardiner - Página 2

IMPORTANTE: Responda a las preguntas formuladas en los espacios en blanco que se encuentran en este formulario; escriba N/A o 0 si los artículos no se aplican a usted.
NO DEJE NINGÚN ESPACIO EN BLANCO.

A) PADRE/GUARDIÁN "A" Viviendo con el estudiante B) PADRE/GUARDIÁN "B" Viviendo con el estudiante

Apellido, Nombre Inicial del segundo nombre		Apellido, Nombre Inicial del segundo nombre	
Número de seguro social	Número de Teléfono de casa:	Número de seguro social	Número de Teléfono de casa:
Empleado por:		Empleado por:	
Parentesco con el estudiante: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Padrastro ☐ Madrastra ☐ Otro		Parentesco con el estudiante: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Padrastro ☐ Madrastra ☐ Otro	
Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono celular

Dirección de la casa (física), Apt. # (*debe ser la dirección de la calle, no es aceptable apartado postal*)		
Ciudad de Residencia	Estado de Residencia	Código Postal
Condado de Residencia	Dirección de correo electrónico (REQUERIDO)	
Dirección postal de la casa (*si es diferente de la arriba mencionada*)		
Ciudad de Envío	Estado de Envío	Código Postal

C) Información del Estudiante (Sólo un estudiante por solicitud de beca Gardiner)

Apellido del Estudiante, Nombre, Inicial del segundo nombre:	Fecha de Nacimiento (MM / DD / AA) *Certificado de Nacimiento Requerido*:
No. de Seguro Social del Estudiante:	Sexo del estudiante: ☐ Femenino ☐ Masculino
Grado al que el estudiante va a ingresar en agosto de 2017:	
Raza:	☐ Indio Americano o nativo de Alaska ☐ Hispano ☐ Raza mixta ☐ Nativo de las Islas del Pac no hispano
Seleccione la discapacidad para el estudiante (El formulario de Diagnóstico en la página 4 debe ser completado por el médico licenciado FL / psicólogo):	☐ Desorden del espectro autista ☐ Par intelectual ☐ Phelan-McDermid ☐ Will síndrome de Prader ☐ Espina bífida ☐ 3 a 5 años de edad, siendo un niño de alto riesgo ☐ Distrofia muscular
Nombre de la escuela a la que asistió 2016-2017:	Condado de la Escuela:
Solicitará un nuevo IEP en 2016-2017:	☐ Sí (usted será responsable d
Tipo de escuela a la que asistió en 2016-2017:	☐ Pública ☐ Privada ☐ Escuela en casa ☐ Piloto ☐ Virtual ☐ No aplica
Tipo de alumno:	☐ Nuevo ☐ Transferido ☐ Renovación
(Nuevo significa que su estudiante no recibió una beca Gardiner en 2016-17 para este estudiante. Transferido significa que este estudiante recibió fondos de otra Organización Becaria en 2016-17. Renovación significa que su estudiante recibió una beca Gardiner de AAA para este estudiante en 2016-17.	

D) ¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA DE BECAS AAA?

☐ Renovando el hogar	☐ Volante, folleto o póster	☐ Búsqueda en la red
☐ Otro pariente becario	☐ En un evento en mi comunidad	☐ Medios sociales (Facebook, Twitter)
☐ Referido por un amigo, familiar o colega de trabajo	☐ Anuncio o artículo en el periódico	☐ Comunicación del empleador
☐ Referido por la escuela privada	☐ Agencia del estado	☐ Otros:

ASEGÚRESE DE COMPLETAR TODAS LAS PÁGINAS DE LA SOLICITUD, INCLUYENDO LA PÁGINA DE LA FIRMA.

La tramitación de las solicitudes se completa normalmente dentro de 4 a 6 semanas una vez recibida TODA la documentación requerida.
Para comprobar el estado de tramitación de su solicitud, vaya a https://app.wizehive.com/webform/aaasf

¿Preguntas? Llame al 1-888-707-2465 o envíe un correo electrónico a: PLSA@aaascholarships.org

Nombre del PADRE/GUARDIÁN A:_____ SS # _____

2017-2018 AAA-FLORIDA Solicitud de Beca Gardiner - Página 3

E) DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD JURADA Y NOTARIADA

Yo_____, el padre/guardián de _____, el estudiante, digo bajo juramento y afirmo que:

1. El estudiante está inscrito en un programa que cumple con los requisitos de asistencia escolar regular según lo previsto en s. 1003.01 (13) (b) - (d).
2. Los fondos del programa se usan solamente para propósitos autorizados que sirven las necesidades educativas del estudiante, como se describe en s. 1002.385 (5).
3. Soy responsable de la educación de mi estudiante, según sea el caso:
   a. Requiriendo que el estudiante tome una evaluación de acuerdo con s. 1002.385 (8) (c);
   b. Proporcionando una evaluación anual de acuerdo con s. 1002.41 (1) (c); o.
   c. Requiriendo que el estudiante tome las evaluaciones previas y posteriores seleccionadas por el proveedor si el estudiante tiene 4 años de edad y está inscrito en un programa provisto por un proveedor voluntario del Programa de Educación Preescolar Voluntario elegible. Un estudiante con discapacidades para quien una pre- y post-evaluación no es apropiada está exento de este requisito. Un proveedor participante deberá reportar las calificaciones de los estudiantes al padre.
4. El estudiante permanece en buen estado con el proveedor o la escuela si esas opciones son seleccionadas por el padre.
5. Toda la información proporcionada en esta solicitud y toda la documentación es verdadera, correcta y completa. Yo entiendo que la falsificación intencional puede dar lugar a que la beca sea negada o revocada.

Además, acepto y entiendo que:
(a) Debo presentar una solicitud de participación inicial del programa a una organización en los plazos establecidos.
(b) Debo notificar al distrito escolar que el estudiante está participando en el programa de becas de Gardiner, si decido inscribir al estudiante en un programa de educación en el hogar según lo dispuesto en s. 1002.41. Esta notificación no reemplaza la notificación que debo presentar al distrito al establecer un programa de educación en el hogar conforme a s. 1002.41 (1) (a).
(c) Debo inscribir a mi estudiante en un programa de un proveedor del Programa Voluntario de Educación Previo a preprimaria, autorizado bajo s. 1,002.55, un proveedor de preparación escolar autorizado bajo s. 1,002.88, o una escuela privada elegible si una u otra opción es seleccionada por mí.
(d) Tengo que renovar anualmente la participación en el programa. A pesar de cualquier cambio en el IEP del estudiante, un estudiante que anteriormente era elegible para la participación en el programa, seguirá siendo elegible para solicitar su renovación. Sin embargo, para que un niño de alto riesgo continúe participando en el programa en el año escolar después de que él o ella llegue a los 6 años de edad, la solicitud del niño para la renovación de la participación en el programa debe contener la documentación de que el niño tiene una discapacidad como se define en s. 1002.385 (2) (d) que no sea el estado de alto riesgo.
(e) Soy responsable de conseguir los servicios necesarios para educar al estudiante. Cuando el estudiante recibe una beca de Gardiner, la junta escolar del distrito no está obligada a proporcionar al estudiante una educación pública gratuita y apropiada. Para los fines de s. 1003.57 y la Ley para las personas con Discapacidad en la Educación, un estudiante participante sólo tiene los derechos que se aplican a todos los demás estudiantes unilateralmente, paternalmente colocados, a excepción de que, a petición de los padres, el personal del distrito escolar debe desarrollar un plan de educación individual o de la matriz de los servicios.
(f) Soy responsable del pago de todos los gastos elegibles, además del importe de la beca Gardiner, de acuerdo con los términos acordados entre el padre y los proveedores.
(g) Yo no puedo transferir fondos prepagos de la universidad o plan de ahorro universitario contribuidos conforme a s. 1002.385 (5) (f) a otro beneficiario, mientras que el plan contenga fondos aportados en virtud de esta sección.
(h) Yo no debo recibir un pago, reembolso, o la rebaja de un proveedor autorizado de cualquier servicio bajo este programa.
(i) Estoy de acuerdo en seguir las reglas y responsabilidades para los padres que se aplican al programa.
Si no las cumplo, voy a renunciar a la beca de Gardiner.

_____
Firma del padre

Estado De Florida, Condado De_____. Jurado y suscrito ante mí este día _____ de _____2017 por

_____ que ha producido _____ o quien es conocido personalmente por mí.

_____ _____
Firma del Notario Público Escriba en letra de molde el Nombre

MI COMISIÓN VENCE:_____(Sello)

F) LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

☐ Licencia de conducir de Florida del padre/guardián o factura actual de servicios públicos de Florida a nombre del padre (REQUERIDA PARA LOS SOLICITANTES NUEVOS y DE TRANSFERENCIA)
☐ Certificado de nacimiento del estudiante (REQUERIDO PARA LOS SOLICITANTES NUEVOS Y DE TRANSFERENCIA)
☐ Informe del año escolar previo (para estudiantes de escuela privada o pública) (REQUERIDO PARA LOS SOLICITANTES NUEVOS Y DE TRANSFERENCIA)
☐ Formulario de Diagnóstico de Discapacidad de Médico/Psicólogo Licenciado de Florida - Ver página 4 (REQUERIDO PARA LOS SOLICITANTES NUEVOS Y DE TRANSFERENCIA)
☐ Carta de la escuela privada confirmando la inscripción o una carta de un distrito escolar público que verifique, ya sea 1) la inscripción en un programa de educación en el hogar o 2) el retiro de la escuela pública del distrito, si está disponible
☐ Plan de Educación Individual de Florida (IEP), si está disponible
☐ Declaración de cumplimiento jurada ante notario (OBLIGATORIO PARA TODOS LOS SOLICITANTES)

Envíe por correo todas las páginas de la solicitud completas y la documentación necesaria a:

AAA Scholarship Foundation
PO Box 15719
Tampa, FL 33684-0719

Nombre del PADRE/GUARDIÁN A:_____ SS # _____

Formulario de Diagnóstico de Discapacidad de Médico/Psicólogo Licenciado de Florida - Página 4

Instrucciones: Por favor, lleve este formulario al médico o psicólogo de Florida de su estudiante y pídale que marque una o más de las siguientes discapacidades de su estudiante (como se define a continuación) y luego que lo firme e incluya la fecha en la parte inferior del formulario.

Envíe el formulario completo a la AAA para completar su solicitud. (**Requerida para los solicitantes nuevos y de transferencia)**

☐. Trastorno del espectro autista, como se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría.

☐. Síndrome de Down, como se define en s.393.063 (13), "Síndrome de Down" significa un trastorno causado por la presencia de un cromosoma 21 adicional.

☐. Parálisis cerebral, tal como se define en s.393.063 (4), "Parálisis cerebral" se refiere a un grupo de síntomas incapacitantes de duración extendida que resulta de daños en el cerebro en desarrollo, que pueden ocurrir antes, durante o después del nacimiento y que da como resultado la pérdida o menoscabo del control sobre los músculos voluntarios. A los efectos de esta definición, la parálisis cerebral no incluye los síntomas o trastornos que resultan únicamente de un accidente cerebrovascular.

☐. La discapacidad intelectual, tal como se define en s.393.063 (21), "Discapacidad intelectual" significa un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media junto con déficits en la conducta adaptativa que se manifiesta antes de la edad de 18 años y puede esperarse razonablemente que continúe indefinidamente.

☐. El síndrome de Phelan-McDermid, como se define en s.393.063 (28) "Síndrome de Phelan-McDermid" significa un trastorno causado por la pérdida del segmento terminal del brazo largo del cromosoma 22, que se produce cerca del final del cromosoma en un lugar designado q13.3, que por lo general conduce a un retraso del desarrollo, retraso mental, dolicocefalia, hipotonía, o al habla ausente o retrasada.

☐. El síndrome de Prader-Willi, como se define en s.393.063 (25), "el síndrome de Prader-Willi" significa un trastorno hereditario caracterizado por hipotonía neonatal, con retraso en el desarrollo, hiperfagia o un impulso excesivo de comer, que conduce a la obesidad por lo general entre 18 a 36 meses de edad, discapacidad intelectual de leve a moderada, hipogonadismo, estatura baja, dismorfia facial leve, y una neuroconducta característica.

☐. La espina bífida, como se define en s.393.063 (36), "espina bífida" significa, para los propósitos de este capítulo, una persona con un diagnóstico médico de espina bífida quística o mielomeningocele.

☐. Para un niño de 3 a 5 años de edad, siendo un niño de alto riesgo como se define en s. 393.063(23).

☐. Síndrome de Williams

☐. Distrofia muscular

☐. NINGUNO DE LOS ANTERIORES

SOLAMENTE PARA MÉDICO/PSICÓLOGO LICENCIADO DE FLORIDA Confirmo que _____ (nombre del estudiante) ha sido diagnosticado con la discapacidad definida anteriormente.	
Firma del médico:	Nombre del médico Impreso:
Dirección del Médico	Fecha de la firma:
Número de Identificación del Médico:	

Envíe este formulario por correo, fax o correo electrónico, junto con todas las páginas de la solicitud y documentación necesaria a:

AAA Scholarship Foundation
PO Box 15719
Tampa, FL 33684-0719

¿Preguntas? Llame al 1-888-707-2465 o envíe un correo electrónico a: PLSA@aaascholarships.org