



## **Intervención Temprana Colaborativa Regional del Sur de Nueva Jersey (SNJREIC): Fondo para Necesidades Especiales**

Querida familia:

Gracias por su interés en el Fondo de Necesidades Especiales de la Intervención Temprana Colaborativa Regional del Sur de Nueva Jersey (SNJREIC). El propósito de este fondo es brindar asistencia a familias de bebés y niños pequeños con discapacidades menores de tres años que se ven afectados por los altos costos de apoyos/servicios no cubiertos por el Sistema de Intervención Temprana de Nueva Jersey, el seguro médico, Medicaid u otras fuentes de financiamiento.

La asistencia no excederá los \$500 por familia, por período consecutivo de 12 meses, y se basará en la disponibilidad de recursos financieros dentro del Fondo de Asistencia para Necesidades Especiales del SNJREIC y las necesidades del niño/familia. El Fondo de Asistencia para Necesidades Especiales recibe apoyo únicamente de donaciones privadas y no está financiado por el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva Jersey. La Junta Directiva se reúne seis veces al año para revisar todas las solicitudes y tiene total discreción para denegar, otorgar u otorgar parcialmente asistencia para cada solicitud. La notificación puede no incluir un motivo de denegación.

Revise los siguientes criterios de elegibilidad, examine la lista de todos los servicios y equipos elegibles y complete la solicitud en su totalidad. Toda la información proporcionada permanecerá confidencial y se utilizará únicamente con el fin de determinar la necesidad y la recompensa financiera. Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo al (856) 768-6747.

Atentamente,

Audrey Searles-Bogdan, M.Ed.

Director ejecutivo

Intervención Temprana Colaborativa Regional del Sur de Nueva Jersey

1044 South Rt. 73, suite A

Berlín, Nueva Jersey 08009

Oficina 856.768.6747 extensión 226

Celular 732.546.1184

[audreysb@snjreic.org](mailto:audreysb@snjreic.org)



## **Fondo de Necesidades Especiales**

### **Criterio de elegibilidad**

1. El solicitante debe ser residente y recibir actualmente servicios de intervención temprana en uno de los siguientes condados de Nueva Jersey: Atlantic, Burlington, Camden, Cape May, Cumberland, Gloucester o Salem.
2. El solicitante debe ser el cuidador legal principal del bebé o niño pequeño.
3. El solicitante debe tener un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) firmado en el que los servicios o dispositivos solicitados sean:
  - a. Relacionado con los resultados declarados del IFSP; o
  - b. Identificado en las páginas de servicio del IFSP.
4. La solicitud debe presentarse al menos 30 días antes del tercer cumpleaños del niño. Si se presenta con menos de 30 días antes del tercer cumpleaños del niño, requerirá una consideración especial.
5. El solicitante deberá completar y firmar la solicitud completa y presentarla con la siguiente información:
  - a) Una carta escrita por el solicitante que indique por qué solicita asistencia del Fondo de Necesidades Especiales. Si los fondos solicitados solo cubrirán parcialmente la compra del dispositivo o equipo, etc., incluya una explicación de cómo se pagará el saldo restante (plan de pago, préstamo personal, recaudación de fondos comunitarios, etc.).
  - b) Documentación escrita, si corresponde, que demuestre la denegación de asistencia de otras agencias u organizaciones benéficas para el gasto. Esto puede demostrarse proporcionando copias fechadas de facturas, facturas o recibos, junto con declaraciones de pago parcial/rechazo de beneficios del seguro y/u otras fuentes de financiación.
  - c) Copias fechadas\* de cuentas, facturas, recibos o formularios de pedido detallados. Para los artículos que no se han comprado, incluya información detallada del pedido junto con el sitio web donde se puede comprar el artículo. Si se aprueba, todos los artículos serán comprados por SNJREIC y enviados directamente al solicitante.
  - d) Si la solicitud es para actividades/programas comunitarios, una descripción detallada y desglose de precios directamente de la propia organización. Esto puede incluir un folleto, una copia impresa del sitio web de la empresa, una factura oficial, etc.
  - e) Si la solicitud es para equipo médico/ortopédico duradero, una declaración de necesidad firmada por el médico del niño.
  - f) Si la solicitud es para dispositivos de adaptación/ayuda o juguetes terapéuticos, una carta de apoyo del proveedor de Intervención Temprana del niño y una descripción de lo que se ha utilizado en el hogar para alcanzar el resultado del IFSP.

## **Servicios y equipos elegibles**

Limitado a lo siguiente:

1. Actividades/Programas Comunitarios:
  - a. Por ejemplo, clases de natación, programas recreativos, clases de habilidades sociales y programas terapéuticos de equitación que estén relacionados o ayudarán a promover los objetivos descritos en el IFSP.
2. Dispositivos adaptativos/de asistencia/equipo ortopédico/juguetes terapéuticos:
  - a. Por ejemplo, cualquier artículo, equipo o juguete que se utilice para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de niños con discapacidades. Incluya una declaración de necesidad firmada por el médico del niño. Si la solicitud es para juguetes terapéuticos, incluya una carta de apoyo del proveedor de Intervención Temprana del niño y una descripción de lo que se ha utilizado en el hogar para satisfacer las necesidades del niño.
3. Conferencias o Talleres:
  - a. Inscripción a conferencias o talleres para el solicitante relacionados con la necesidad/diagnóstico especial del niño.

## **Servicios y equipos NO elegibles para recibir asistencia del Fondo de Necesidades Especiales del SNJREIC:**

- Pagos de costos compartidos familiares de intervención temprana
- Servicios/facturas médicas (evaluaciones de diagnóstico)
- Ropa (a menos que sea de naturaleza adaptable)
- Copagos del seguro
- Pañales
- Fórmulas y complementos nutricionales
- Mobiliario
- Unidades de calefacción/refrigeración
- Pagos de alquiler o hipoteca
- Servicios públicos
- Servicios de exterminio
- Carriolas
- Andaderas
- Saltadores caminantes
- Modificaciones en el hogar (a menos que sean médicamente necesarias o de naturaleza adaptable)
- Cuotas de membresía para organizaciones
- Servicios/dispositivos que no figuran en el IFSP o no están relacionados con los resultados declarados del IFSP



**Intervención Temprana Colaborativa Regional del Sur de Nueva Jersey (SNJREIC)**  
**Fondo de Necesidades Especiales**

**Solicitud**

<b>Fecha de aplicación:</b>	<b>Condado de residencia:</b>
<b>Nombre del niño:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Diagnóstico o área de retraso en el desarrollo:</b>	
<b>Fecha del IFSP más reciente:</b>	<b>Nombre del Coordinador de Servicios:</b>
<b>Monto de la Solicitud:</b>	
¿Ha presentado anteriormente una solicitud al Fondo de Necesidades Especiales? Sí ____ No ____	
En caso afirmativo, ¿fue aprobado? Sí ____ No ____ Fecha Aprobado: _____ Monto: _____	

**Solicitante (cuidador legal principal) e información familiar**

<b>Nombre:</b>
<b>Dirección particular (incluyendo ciudad y código postal):</b>
<b>Dirección de correo electrónico:</b>
<b>Número de teléfono:</b>
<b>Tamaño de la familia:</b>



**Intervención Temprana Colaborativa Regional del Sur de Nueva Jersey (SNJREIC)**  
**Fondo de Necesidades Especiales**  
**Lista de verificación de solicitud**

**Por favor ponga sus iniciales junto a cada uno de los siguientes elementos para asegurarse de que todos los documentos de respaldo estén incluidos en esta aplicación:**

- Una Declaración de Necesidad (carta) escrita por el solicitante que indique por qué solicita asistencia del Fondo de Necesidades Especiales. Si los fondos solicitados solo cubrirán parcialmente la compra del dispositivo o equipo, etc., incluya una explicación de cómo se pagará el saldo restante (plan de pago, préstamo personal, recaudación de fondos comunitarios, etc.).
- Solo para equipo médico duradero: (órtesis, cochecito modificado, andador, etc.)  
Proporcione documentación escrita, si corresponde, que demuestre la denegación de asistencia de otras agencias u organizaciones benéficas para el gasto. Esto puede demostrarse proporcionando copias fechadas de facturas, facturas o recibos, junto con declaraciones de pago parcial/rechazo de beneficios del seguro y/u otras fuentes de financiación.
- Si la solicitud es para equipo médico/ortopédico duradero, una declaración de necesidad firmada por el médico del niño.
- Copias fechadas de facturas, recibos o formularios de pedido detallados. Para los artículos que no se han comprado, incluya información detallada del pedido (proveedor, catálogo, número de artículo, tamaño y envío y manipulación) junto con el sitio web donde se puede comprar el artículo. Si se aprueba, todos los artículos serán comprados por SNJREIC y enviados directamente al solicitante. El reembolso por los artículos comprados anteriormente tendría que haberse comprado durante el período actual del IFSP del niño.
- Si la solicitud es para actividades/programas comunitarios, una descripción detallada y desglose de precios directamente de la propia organización. Esto puede incluir un folleto, una copia impresa del sitio web de la empresa, una factura oficial, etc.
- Si la solicitud es para dispositivos de adaptación/ayuda o juguetes terapéuticos, una carta de apoyo del Proveedor de Intervención Temprana del niño y una descripción de lo que se ha utilizado en el hogar para satisfacer las necesidades del niño.
- Si la solicitud es para conferencias o talleres, una descripción detallada y un desglose de precios directamente de la organización que organiza la conferencia o taller. Esto puede incluir un folleto, impresión de la página web de la organización, factura oficial, etc.



**Intervención Temprana Colaborativa Regional del Sur de Nueva Jersey (SNJREIC)**  
***Fondo de Necesidades Especiales***

**Certificación de aplicación**

Al firmar a continuación, certifico que:

1. Estos gastos están relacionados con las necesidades de mi hijo según lo identificado en su IFSP actual.
2. Los fondos solicitados no fueron pagados por ninguna otra fuente.
3. La ayuda financiera se utilizará para los fines aprobados.
4. Toda la información contenida en esta solicitud es verdadera/exacta.
5. Entiendo que la determinación financiera se hará a discreción exclusiva del SNJREIC.

**Firma del solicitante**

**Fecha**

**Nombre impreso**

Si necesita asistencia, recursos o apoyo adicional, comuníquese con su  
Coordinador de Servicios.

Envíe por correo electrónico la solicitud y los documentos de respaldo a Audrey Searles-Bogdan, Directora Ejecutiva, a [audreysb@snjreic.org](mailto:audreysb@snjreic.org) o enviar por correo a la siguiente dirección:

**Intervención Temprana Colaborativa Regional del Sur de Nueva  
Jersey 1044 South Route 73, Suite A  
Berlín, Nueva Jersey 08009**