

# The Arc of Illinois Presenta

## Asistencia Tecnológica

### ¿Quién lo puede solicitar?

- Una persona con discapacidad intelectual o de desarrollo
- Un miembro de la familia por parte de la persona con discapacidad intelectual o discapacidad de desarrollo
- Tiene que ser residente de Illinois

### ¿Cómo lo puedo solicitar?

- El formulario de solicitud debe ser llenado y remitido a The Arc of Illinois
- Se debe incluir una copia de una evaluación/comprobación que muestre la necesidad del equipo de tecnología asistencial y qué tipo de equipo requiere.

### CONTACTO

The Arc of Illinois  
9980 190<sup>th</sup> St Suite C  
Mokena, IL 60423  
Teléfono 815-464-1832  
Fax 815-464-5292  
Email: [janet@thearcofil.org](mailto:janet@thearcofil.org)



*The Arc of Illinois*, gracias a una donación generosa, ha desarrollado un nuevo **Programa de Tecnología Asistencial**. Este programa pagará parcial o totalmente la adquisición de tecnología asistencial para individuos con discapacidad intelectual y/o discapacidad de desarrollo, que hayan recibido una evaluación o comprobación por un proveedor calificado y que dicha adquisición no esté subsidiada por Medicare, Medicaid o por una Póliza de Seguro Particular.

Nuestra meta con el **Programa de Tecnología Asistencial** es lograr una mejor calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y/o discapacidad de desarrollo, dándoles la oportunidad de recibir tecnología que les ayude en su educación, empleo, vida en comunidad e independencia.

El monto máximo del subsidio será de \$500 por persona o familia. Al ser aprobada la compra, el equipo será enviado directamente al solicitante.



# Formulario de Solicitud

## Programa de Tecnología Asistencial



Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Rellenar los espacios en blanco que apliquen:**

1. Soy una persona con una discapacidad de desarrollo. Mi discapacidad es \_\_\_\_\_
2. Un miembro de mi familia (circule uno: hijo, hija, otro \_\_\_\_\_ ) es una persona con una discapacidad de desarrollo. Nombre del miembro de la familia: \_\_\_\_\_  
Su discapacidad es: \_\_\_\_\_
3. Yo soy el guardián/padre adoptivo de una persona con discapacidad de desarrollo. Su discapacidad es: \_\_\_\_\_
4. La edad de la persona que estará usando el equipo: \_\_\_\_\_
5. El propósito principal del equipo de Tecnología Asistencial está relacionado con:  
 Intervención temprana     Educación     Vida en comunidad     Empleo
6. ¿Usted recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? \_\_\_\_\_
7. ¿Está usted calificado para recibir Medicaid? \_\_\_\_\_
8. Por favor indique qué servicios (si alguno) usted recibe o ha recibido por parte de la División de Discapacidades del Desarrollo o de la División de Servicios de Rehabilitación del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Illinois o el sistema escolar de Illinois.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Por favor describa el equipo de tecnología asistencial por el cual desearía recibir asistencia financiera. Por favor, también indique cuál será el uso principal del equipo y el monto del financiamiento deseado. Use la parte de atrás de este formulario si es necesario.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La siguiente declaración debe estar firmada para validar esta solicitud: Yo estoy solicitando asistencia financiera de The Arc of Illinois para adquirir Equipo de Tecnología Asistencial que me ha sido recomendado por una evaluación profesional. Yo no podría adquirir este equipo sin este apoyo. Yo prometo completar un formulario de evaluación para informar al Arca de Illinois cómo este equipo de TA me ha ayudado a mejorar mi calidad de vida y/o vivir una vida más independiente. Sin las evaluaciones para mostrar los resultados positivos, el financiamiento para este programa llegaría a su fin.

Firma: \_\_\_\_\_



## Formularios Adicionales Programa de Tecnología Asistencial



### Exoneración de Responsabilidad

Estoy de acuerdo con indemnizar y mantener libre de todo daño a The Arc of Illinois y al Programa de Tecnología Asistencial y a cualquier empleado y a todos los empleados, agentes, o representantes de la misma, por daños a la propiedad o lesiones (incluyendo muerte) a mi persona y/o a cualquier otra persona, y cualquier otra pérdida, daños, gastos, reclamos, demandas y cualquier acción legal emprendida por cualquier persona contra The Arc of Illinois o en contra cualquier empleado o contra todos los empleados, agentes, o representantes de la misma, en conexión con haber recibido equipo de tecnología asistencial del Programa de Tecnología Asistencial de The Arc of Illinois.

Yo entiendo que es mi responsabilidad conseguir cualquier asistencia técnica, planes de datos o cualquier otra ayuda necesaria para usar el equipo. El financiamiento total o parcial para la adquisición del equipo es suministrado únicamente a través del Programa de Tecnología Asistencial de The Arc of Illinois.

---

**Firma del Solicitante**

---

**Fecha**

### Autorización para el uso de Fotografías/Nombres

Yo/nosotros autorizamos a The Arc of Illinois compartir fotografías (para promover el programa) e información de evaluación a los patrocinadores de este programa con la intención específica de asegurar su patrocinio continuo. De manera de poder continuar con este programa, necesitamos saber que está ayudando exitosamente a individuos a vivir con una mejor calidad de vida y/o una vida más independiente.

---

**Firma del Individuo o del Padre o Representante**

---

**Fecha**

Remitir su solicitud firmada, su Evaluación Profesional de Tecnología Asistencial y este formulario firmado a:

The Arc of Illinois  
9980 190<sup>th</sup> Street, Suite C  
Mokena, IL 60448



## Recursos para la Evaluación/Comprobación para recibir Tecnología Asistencial

- Para niños que reciben servicios terapéuticos en la escuela o a través de intervención temprana, chequear con los proveedores actuales para recibir asistencia con una evaluación/comprobación.
- Adultos que estén recibiendo servicios basados en una agencia, chequear con su Facilitador de Servicio en la agencia o su Gerente de Caso en su agencia de Coordinación de Servicio Independiente.
- Chequear con su médico de cuidado primario para recomendaciones o asistencia con la solicitud.
- Chequear con proveedores locales para servicios terapéuticos y de discapacidad.
- Chequear con hospitales y centros médicos locales. Muchos tienen servicios y departamentos de terapia.
- Chequear con universidades locales para determinar si ellos ofrecen estos servicios.
- El Departamento de Discapacidad y la Unidad de Tecnología Asistencial para Desarrollo Humano de la Universidad de Illinois en Chicago (UIC) proporciona Evaluaciones para Tecnología Asistencial de forma gratuita. Mayor información y detalles de contacto están disponibles en [www.uicatu.org](http://www.uicatu.org) . Para referir casos hágalo vía E-mail a [atu@uic.edu](mailto:atu@uic.edu) o por vía fax al 312-413-3709.
- Si usted está inscrito en el Programa de Cuidado Integrado (Integrated Care Program-ICP) o en el Programa de Iniciativa de Alineamiento Medicare-Medicaid (Medicare-Medicaid Alignment Initiative (MMAI) Program), usted puede chequear con el coordinador de cuidado en su compañía de cuidado manejado. Comience llamando al número gratuito de servicio a clientes.
- El sitio web de Illinois Life Span en [www.illinoislifespanspan.org](http://www.illinoislifespanspan.org) tiene un listado de proveedores de servicios por Tipo de Servicio, Tipo de Proveedor y por Condado. Por favor chequee los proveedores o llámenos al 1-800-588-7002 para ser asistido.