

**Solicitud de transferencia de tecnología de asistencia**

**Fecha:**

**Nombre del niño o de la niña:**

**El individuo que solicita la transferencia de la tecnología de asistencia para el niño o la niña indicado(a) anteriormente debe completar la siguiente información.**

**Nombre:** **Teléfono:**

**Relación con el niño o la niña:**

**Solicito la transferencia de la siguiente tecnología de asistencia: *(Sea lo más específico posible. Utilice hojas adicionales si es necesario.)***

**Nombre del elemento:** **Nombre de la marca:**

**Modelo o número de serie:**

**Esta tecnología de asistencia será transferida de:**

**Región de Primeros Pasos:**

**Esta tecnología de asistencia será transferida a:**

**Escuela/agencia/persona:** **Distrito/Condado**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Firma de padre/cuidador:**

**Fecha de recepción en la agencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de la agencia: Acusamos recibo de la solicitud escrita.**

***(Debe estar firmada y se debe devolver 1 copia al padre/cuidador dentro de los 10 días hábiles)***

**Certificación de la agencia de la decisión de transferencia de la tecnología de asistencia**

**Primeros Pasos de la región**

**aprueba (completar la sección 1 solamente)**

**rechaza (completar la sección 2 solamente) la solicitud de transferencia de tecnología de asistencia (assistive technology, AT)**

**Sección 1: (Primeros Pasos Local debe completar para la aprobación o la transferencia)**

**\_\_\_\_\_\_No solicita el reembolso para que se transfiera la AT.**

**\_\_\_\_\_\_Solicita el reembolso para que la AT se transfiera a un monto de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Hemos acordado mutuamente que el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sea la fecha de transferencia.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Niño(a) Agencia receptora**

**Fecha de notificación de la fecha de transferencia.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Se debe notificar padre o madre/cuidador(a) en un plazo de 30 días hábiles a partir de la solicitud original.)**

**La agencia receptora asumirá la responsabilidad del apoyo, mantenimiento, reparación o reemplazo del dispositivo a partir de la fecha de transferencia.**

**Sección 2: (Complete para la negación o la transferencia)**

**Indique las razones para la negación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de la agencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**