***NV Governor’s Council on Developmental Disabilities***

***Solicitud de ayuda al Consumer Leadership Development Fund*** (Fondo de desarrollo del liderazgo entre los clientes)

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

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal/Zip: \_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email/Correo Electrónico:: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Soy**: \_\_\_ alguien afectado por un incapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD, por sus siglas en inglés)

 \_\_\_ el padre o madre, pariente o tutor de un menor o un adulto afectado por un I/DD

\_\_\_ declaro **no estar** empleado por una agencia u organización al servicio de las personas con I/DD

\_\_\_ declaro **estar** empleado por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, entidad al servicio de las personas con I/DD.

¿En qué evento podría el Fondo ayudarle a participar? (Con relación a dicho evento en particular, anexe copia de un folleto, información de registro, agenda, página web, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha(s) del evento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COSTOS:
Inscripción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Boleto de línea aérea: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aerolínea: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Transporte terrestre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autobús / Taxi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Hotel\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Incluyendo impuestos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Comidas\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Arreglos para incapacitados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
COSTO TOTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicitud de: \_\_\_ $500 individuo residente en el estado \_\_\_ $750 familia residente en el estado
 \_\_\_ $750 individuo residente fuera del estado \_\_\_ $1,000, familia residente fuera del estado

\*De conformidad con la política del estado de Nevada, los reembolsos se harán según las directivas de la U.S. General Services Administration (GSA), la agencia de administración de servicios generales de los Estados Unidos. Suya será la responsabilidad de confirmar que la categoría de su hotel y dieta caigan dentro de los límites establecidos por la GSA, para que no tenga que incurrir en gastos adicionales de su bolsillo. La información correspondiente a las tarifas podrá ser obtenida visitando la página [www.gsa.gov](http://www.gsa.gov). **Deberá** utilizar los medios de transporte más baratos. Los reembolsos no serán tributables; sin embargo, la responsabilidad de pagar los impuestos incurridos como resultado del recibo de fondos del CLDF será únicamente del destinatario de los fondos, por lo que un formulario W9-IRS deberá ser sometido por el beneficiario, al recibo de la ayuda.

He leído y declaro entender la política del Consumer Leadership Development Fund, y me comprometo a acatarla. He incluido toda la información en mi poder acerca del evento y correspondientes costos.

Firma Fecha

Contrapartida o contribución económica del/de los interesados en participar en el evento. Indique la cantidad efectiva de dólares aportados o el total de dólares ahorrados.

 Inversión económica de su bolsillo: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Contribuciones de otras instituciones: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Ahorros debidos al uso de opciones alternas (alojamiento,

 ayuda de la familia, etc.) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Otras (Explique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 TOTAL: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué beneficios recibirán usted o su familia y la comunidad de I/DD de Nevada, de su participación en este evento?

¿Hará usted una presentación a una institución? \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO
 Nombre(s) de la(s) institución/instituciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Fecha(s) anticipada(s) o presentación/presentaciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Presentación escrita \_\_\_ Presentación en vídeo \_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_

Esboce su plan para compartir los conocimientos y la información adquirida de los demás durante el evento:

¿Estaría usted, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dispuesto(a) a dar al NGCDD una autorización a usar su historia y/o fotografías?
 (Firma)

¿Necesita asistencia para configurar un plan para una presentación? \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

SÓLO LAS SOLICITUDES DEBIDAMENTE LLENADAS SERÁN ACEPTADAS:
¿Está completa su solicitud?\_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

Las solicitudes **DEBERÁN** ser recibidas en la oficina del NGCDD por lo menos 60 días antes del evento. Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para llenar este formulario, llame al: (775) 684-8619.

**Envíe la solicitud por correo a: Envíe la solicitud por fax a:**
NGCDD (775) 684-8626
896 West Nye Lane, Suite 202
Carson City, NV 89703