

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Administración de Servicios de Rehabilitación

Solicitud de Servicios de Transición previa al Empleo para Estudiantes con Discapacidades

Solicitud inicial para servicios Continuación de servicios Actualmente soy un cliente de VR

Nombre del consejero de VR (si corresponde):

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: (Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

DIRECCIÓN POSTAL: (Núm., Calle)

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: TEL.:

NOMBRE DE LA ESCUELA: GRADO:

NÚM. TEL. DE LA ESCUELA: FECHA DE GRADUACIÓN ANTICIPADA:

Si usted necesitará adaptaciones para participar en los servicios, por favor, describa aquí lo que necesitará:

Servicios de Transición previa al Empleo solicitados: (Marque todo lo que corresponda)

Orientación vocacional Experiencia de aprendizaje basada en el empleo Cursos de preparación para empleo
Educación de autodefensa/Tutoría por pares Orientación en oportunidades de educación/capacitación superior

Solicito que los servicios anteriores se presten por este contratista (Nombre comercial):

A continuación, llene la información para la solicitud inicial:

GÉNERO: M F Fecha de nacimiento: SSN: (si disponible)

Raza o Etnía (marque todo lo que corresponda):

Asiática Indígena de los EE. UU. o Indígena de Alaska - Afiliación tribal:

Negra o Afroamericana Hispana o Latina Hawaiano o Indígena de la Polinesia Blanca

¿Recibe servicios de alguno de los siguientes? (Seleccione todos los que correspondan):

Departamento de Seguridad de Niños Salud Conductual División de Discapacidades del Desarrollo

Al firmar este formulario, estoy solicitando Servicios de Transición previa al Empleo del programa de Rehabilitación Vocacional (VR por sus siglas en inglés) de la Administración de Rehabilitación de Arizona. Entiendo que para solicitar servicios de VR, aparte de los Servicios de Transición previa al Empleo, necesitare llenar una solicitud y proporcionarle a VR la información necesaria para determinar mi elegibilidad. Con el propósito específico de participar en los Servicios de Transición previa al Empleo, otorgo permiso para que mi escuela divulgue información a VR, y para que VR use la información personal y demográfica identificada en este formulario para darle seguimiento a los servicios que se me proporcionaron. La confidencialidad de la información personal solicitada en este formulario y con esta autorización está protegida por 34 CFR 361.38.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (En letra de molde):

FIRMA DEL ESTUDIANTE: FECHA:

(Si el participante es menor de 18 años, se requiere la firma de un padre o tutor legal. Documentos de tutoría legal deben de ser proporcionados)

NOMBRE DEL PADRE TUTOR LEGAL:

(En letra del molde) / (Firma) FECHA:

Solicitud de Servicios de Transición previa al Empleo para Estudiantes con Discapacidades

VERIFICACIÓN DE ESTUDIANTE CON UNA DISCAPACIDAD

Definición: Un 'estudiante con una discapacidad' significa una persona con una discapacidad en un programa de educación secundaria, postsecundaria u otro programa educativo reconocido que no sea menor de 14 años y no mayor de 22 años de edad; es elegible para y recibe servicios de educación especial o servicios relacionados bajo la parte B de IDEA; o quien es un estudiante con una discapacidad bajo la sección 504. Esto incluye estudiantes de educación secundaria que reciben su educación en la casa, y los estudiantes en programas de educación secundaria no tradicional tales como programas de educación especial dentro del sistema judicial para menores, programas de GED y programas de capacitación ocupacional.

Si este formulario de solicitud se llena por el personal de la escuela, verifique lo siguiente:

Al firmar este formulario, verifico que la persona identificada anteriormente satisface la definición de un estudiante con una discapacidad y es:

Un estudiante con una discapacidad a los efectos de la sección 504;

Un estudiante con una discapacidad y recibe servicios de transición bajo un Plan de Educación Individualizado (IEP)

Nombre del personal de la escuela: _____ / _____ FECHA: _____
(En letra de molde) *(Firma)*

Si este formulario de solicitud se llena por el personal de VR, verifique lo siguiente:

Al firmar este formulario, verifico que la persona identificada anteriormente satisface la definición de un estudiante con una discapacidad y es:

Un estudiante con una discapacidad a los efectos de la sección 504;

Un estudiante con una discapacidad y recibe servicios de transición bajo un Plan de Educación Individualizado (IEP);

Elegible o potencialmente elegible para los servicios de VR

Nombre del personal de VR: _____ / _____ FECHA: _____
(En letra de molde) *(Firma)*

Si este formulario de solicitud se llena por alguien que no sea el personal de la escuela o de VR, se tiene que incluir uno de los siguientes documentos de apoyo con el formulario de solicitud enviado:

Plan de Educación Individualizado (IEP) o Plan 504

Prueba del recibo de SSI/SSDI basado en la discapacidad propia de la persona (Carta de concesión de SSI/SSDI)

Documentación médica o psicológica con un diagnóstico firmado por un profesional autorizado

Sólo para el uso del contratista

NOMBRE DEL CONTRATISTA: _____
Servicios solicitados (Marque todo lo que corresponda y proporcione el número total de sesiones y fecha para finalizar el tipo de categoría del taller):

Orientación vocacional	Educación de autodefensa/Tutoría por pares
Núm. de sesiones/fechas _____	Núm. de sesiones/fechas _____
Experiencia(s) de aprendizaje basada(s) en el empleo	Orientación en oportunidades para inscribirse en un programa integral de educación/capacitación superior
Núm. de sesiones/fechas _____	Núm. de sesiones/fechas _____
Cursos de preparación para empleo	
Núm. de sesiones/fechas _____	

Al estudiante/familia se le ha proporcionado información sobre cómo solicitar servicios de Rehabilitación Vocacional

Comentarios: _____

Firma del representante del contratista FECHA: _____

Envíe este formulario llenado y la documentación de apoyo (si corresponde) a:
RSATransition@azdes.gov