

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Administración de Servicios de Rehabilitación

FORMULARIO DE RECOMENDACIÓN

Puede llenar este formulario electrónicamente y enviarlo por correo electrónico a azrsa@azdes.gov o puede imprimir este formulario y llevarlo a la oficina de RSA más cercana a usted. Para localizar la oficina más cercana, llame al 1-800-563-1221 o visite el sitio web www.azdes.gov/rsa y haga clic en Información sobre Oficinas de Rehabilitación.

Entiendo que al presentar este formulario, se introducirá mi información en el sistema de clientes de RSA y que un representante de RSA se comunicará conmigo.

PERSONA A LA QUE SE RECOMIENDA

Puesto: _____

Apellido: _____

Nombre: _____ **Segunda inicial** _____

Vea la página 7 para leer las declaraciones de EOE/ADA/LEP/GINA

Dirección postal (Núm., Calle)

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Dirección residencial (Núm., Calle)

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Número de teléfono del hogar _____

Teléfono móvil _____

Teléfono alternativo _____

Correo electrónico _____

Núm. de teléfono de video _____

VRS IP _____

Fecha de nacimiento _____ **Sexo:** _____

Número de Seguro Social: _____

PADRE O TUTOR LEGAL (SI CORRESPONDE)

Puesto: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Dirección postal (si diferente de la anterior)

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Número de teléfono (si diferente del anterior) _____

RAZA O ETNIA	INFORMACIÓN DE VIAJE	¿QUÉ ADAPTACIONES NECESITA PARA SU PRIMER CITA?
Blanca	A solas	Servicios de intérprete
Negra o Afroamericana	Con una guía vidente	ASL
Asiática	Con un bastón	Transliteración

Hispánica o Latina	Con un perro guía	CART
Hawaiano o Indígena de la Polinesia	En la noche	Documentos con texto grande
Indígena de los EE.UU. o de Alaska Si se marca la casilla: Afiliación tribal:	Durante el día	Documentos en Braille
	Con transportes públicos	Asistencia con transporte
	Con una silla de ruedas	Otro – por favor indique:
	Con dispositivos de asistencia	
Otro:		

IDIOMA PRINCIPAL

Idioma principal _____

Otros idiomas o métodos de comunicación

NOMBRE DE LA FUENTE DE RECOMENDACIÓN

¿Cómo escucho de nosotros? _____

Autorecomendación

¿Tiene usted un trabajador de caso de la DDD? Sí No

Si contesto "Sí", ¿cómo se llama el trabajador de caso?

¿Recibe usted servicios de una clínica de salud conductual?

Sí No Si contesto "Sí", ¿cómo se llama el gerente de caso?

Si contesto "Sí", ¿cómo se llama la clínica?

**¿CUÁL ES SU DISCAPACIDAD(ES)?
MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.**

Salud conductual

Ciego o con visión reducida

Sordo o con dificultades auditivas

Retraso en el desarrollo

Demora cognitiva

Otro: (por favor, describa) _____

¿Desea trabajar? Sí No

Si contesto "Sí", describa a continuación su objetivo laboral.

¿Es usted un familiar o estrecho colaborador de un empleado de un programa de RSA? Sí No

Opcional: Divulgue el nombre del familiar o estrecho colaborador. _____

Fecha de presentación: _____

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local de RSA; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office.