

## RECOMENDACIÓN PARA EL PROGRAMA DE VERANO PARA JÓVENES CIEGOS/VISIÓN REDUCIDA SORDO/DIFICULTADES AUDITIVAS

Complete el formulario y envíelo a [rsadhhreferrals@azdes.gov](mailto:rsadhhreferrals@azdes.gov). Al enviar este formulario, entiendo que mi información se ingresará en el sistema del cliente RSA y un representante de RSA se comunicará con mí.

### PERSONA A LA QUE SE RECOMIENDA

Puesto: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segunda inicial: \_\_\_\_\_

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
Hispanica 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 transporte público	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? \_\_\_\_\_

¿Está interesado en asistir al Programa de Verano para Jóvenes Ciegos y de Visión Reducida? Sí No

**¿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  
 Retraso cognitivo      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: \_\_\_\_\_