

**PLAN DE EMPLEO Y DESARROLLO PROFESIONAL (ECDP)**Participante (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_ NÚM. ID JAS \_\_\_\_\_

Nombre del Especialista en SNA E&amp;T \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono y código del área \_\_\_\_\_ Tipo de ECDP \_\_\_\_\_

Fecha inicial del ECDP \_\_\_\_\_ Fecha de revisión del ECDP \_\_\_\_\_

Correo electrónico del participante \_\_\_\_\_

Objetivo de empleo a corto plazo (*Describe los pasos para lograr este objetivo*) \_\_\_\_\_Objetivo profesional (*Describe los pasos para lograr este objetivo*) \_\_\_\_\_**ACTIVIDAD / ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	NOMBRE Y UBICACIÓN DEL PROVEEDOR	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL

**INDIQUE LAS HORAS PROGRAMADAS POR DÍA**

SÁB	DOM	LUN	MART	MIÉR	JUEV	VIER	TOTALES

**SERVICIOS DE APOYO**

SERVICIO DE APOYO	NOMBRE Y UBICACIÓN DEL PROVEEDOR	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	PROPÓSITO DE LA RECOMENDACIÓN

Comentarios (*Si corresponde, describa las necesidades de otros familiares que pueda tratar el programa de SNA E&T*) \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Entiendo que para que pueda participar en el programa de SNA E&T se requiere el ECDP. Este ECDP fue desarrollado por mí y un Especialista en SNA E&T e incluye las actividades y los servicios con los que estamos de acuerdo me ayudarán a llegar a ser independiente. Yo sé que este ECDP no es un contrato. Entiendo que puede cambiarse, si mi situación o los recursos del Programa de SNA E&T cambian. Si quiero cambiar este plan, le avisare al personal de SNA E&T. Mi firma de a continuación indica que entiendo este ECDP.

Firma del Participante de SNA E&T \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Especialista en SNA E&T \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias.

El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. 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; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.