

**PLAN DE EMPLEO Y DESARROLLO PROFESIONAL (ECDP por sus siglas en inglés)**

Nombre del Participante (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono y código de área. \_\_\_\_\_

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

Meta de empleo a corto plazo \_\_\_\_\_

Meta profesional \_\_\_\_\_

<b>ACTIVIDAD / ACTIVIDADES</b>											
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

<b>SERVICIOS DE APOYO</b>				
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*)

Si fue necesario, ¿envió al participante a servicios fuera de E&T?      Sí      No corresponde

¿Tiene el cliente un hijo/dependiente de 5 años o menos?      Sí      No corresponde

Si fue necesario, ¿envió al participante a una ubicación de Head Start?      Sí      No corresponde

**DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO**

Entiendo que se requiere el ECDP para participar en el Programa SNA E&T. Este ECDP fue desarrollado por un especialista de SNA E&T y yo mismo y contiene actividades y servicios que estamos de acuerdo me ayudarán a ser autosuficiente. Sé que este ECDP no es un contrato. Entiendo que se puede cambiar si mi situación cambia o si cambian los recursos del Programa SNA E&T. Notificaré al personal de SNA E&T si deseo cambiar este plan. Mi firma a continuación indica que comprendo 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 • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office