

## FORMULARIO DE RECOMENDACIÓN

Puede llenar este formulario electrónicamente y enviarlo por correo electrónico a [azrsa@azdes.gov](mailto: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](http://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: \_\_\_\_\_  
 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 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? \_\_\_\_\_

**¿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: \_\_\_\_\_