

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: _____
 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: _____