

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

Administración de Servicios de Rehabilitación

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

**Complete el formulario y envíelo a [rsadhreferrals@azdes.gov](mailto:rsadhreferrals@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** \_\_\_\_\_

---

Vea la página 7 para leer las declaraciones de EOE/ADA/LEP/GINA

**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)** \_\_\_\_\_

| <b>RAZA O ETNIA</b>  | <b>INFORMACIÓN DE VIAJE</b>           | <b>¿QUÉ ADAPTACIONES NECESITA PARA SU PRIMER CITA?</b> |
|--|---------------------------------------|--|
| <b>Blanca</b>  | <b>A solas</b>                        | <b>Servicios de intérprete</b>                         |
| <b>Negra o Afroamericana</b>   | <b>Con una guía vidente</b>           | <b>ASL</b>   |
| <b>Asiática</b>  | <b>Con un bastón</b>                  | <b>Transliteración</b>                                 |
| <b>Hispanica o Latina</b>  | <b>Con un perro guía</b>              | <b>CART</b>  |
| <b>Hawaiano o Indígena de la Polinesia</b>   | <b>En la noche</b>                    | <b>Documentos con texto grande</b>                     |
| <b>Indígena de los EE.UU. o de Alaska</b><br><b>Si se marca la casilla:</b><br><b>Afiliación tribal:</b> | <b>Durante el día</b>                 | <b>Documentos en Braille</b>                           |
|  | <b>Con transportes públicos</b>       | <b>Asistencia con transporte</b>                       |
|  | <b>Con una silla de ruedas</b>        | <b>Otro – por favor indique:</b>                       |
|  | <b>Con dispositivos de asistencia</b> |  |
|  | <b>Otro:</b>                          |  |

## 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 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**

**Demora cognitiva**

**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:** \_\_\_\_\_

---

**Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • 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 de RSA; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office.**