

Programa de Empleo y Capacitación para la Asistencia Alimenticia Suplementaria
(SNA E&T por sus siglas en Inglés)

RECOMENDACIÓN AL PROVEEDOR

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

FECHA DE LA RECOMENDACIÓN _____ NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS _____

DIRECCIÓN (Núm., Calle) _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO (Nombre, S.I., Apellido) _____

FECHA Y HORA DE LA CITA _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

SERVICIO(S) SOLICITADO(S)

EL PROGRAMA DE SNA E&T PRESENTA

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (Apellido, Nombre, S.I.) _____

NÚM. DE ID DE JAS _____ NÚM. DE AZTECS _____ NÚM. DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN (Núm., Calle) _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____

NOMBRE DEL ESPECIALISTA DEL SNA E&T (Nombre, S.I., Apellido) _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____ DEVUÉLVALO AL NÚMERO DE FAX _____

SERVICIOS PROPORCIONADOS (Para uso de la Agencia receptora)

LISTA DE SERVICIO(S) PROPORCIONADOS:

FECHA REAL DE INICIO _____ FECHA REAL DE CONCLUSIÓN _____

RESULTADO: El cliente mantiene la cita No se presenta El cliente rechaza los servicios
 Servicios en trámite Los servicios empiezan Servicio completo Servicio negado

COMENTARIOS:

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS AUTORIZADO _____ FECHA _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS AUTORIZADO (Por favor escriba) _____ TÍTULO _____

RECOMENDACIÓN AL PROVEEDOR

A. PROPÓSITO - Referir a los participantes del programa de SNA E&T a servicios o actividades, al proveedor de asesoramiento de los servicios necesarios y verificar que el participante mantenga su cita y los resultados de los servicios prestados.

B. LLENADO - SNA E&T llenará toda la información excepto **LA FIRMA DEL PARTICIPANTE** y la sección de **SERVICIO(S) PROPORCIONADO(S)**. Todos los puntos se explican por sí mismos.

El proveedor de servicios llenará la sección de **SERVICIO(S) PROPORCIONADO(S)** incluyendo **FECHA DE INICIO, FECHA DE CONCLUSIÓN, RESULTADOS, FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS AUTORIZADO Y FECHA, NOMBRE Y TÍTULO. MARQUE SÓLO LA(S) CASILLA(S) QUE APLICAN AL PARTICIPANTE.**

C. DISTRIBUCIÓN - Una copia se guarda en el expediente del caso. Se le da una copia al participante. El original y una copia van al proveedor del participante. El proveedor llena la sección **SERVICIO(S) PROPORCIONADO(S)** guarda el original y envía una copia al especialista de SNA E&T.

NOTA A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS: Por favor llene la sección **SERVICIO(S) PROPORCIONADO(S) (Para uso de la Agencia receptora)** de este formulario. Enviar una copia a la dirección indicada de SNA E&T o enviar el formulario por fax al número indicado. **ES MUY IMPORTANTE** que usted guarde el original en sus archivos. Es la verificación de servicio(s) proporcionados y un requisito del proceso de seguimiento del Programa SNA E&T.

D. RETENCIÓN - Debe ser guardado en el archivo del participante hasta que sea destruido.

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 auxilios para personas con discapacidades están disponibles a petición. Esto significa por ejemplo que, si es necesario el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas, o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Available in English on-line or at the local office.