

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

Complete el formulario y envíelo a rsadhhreferrals@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: _____

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
Hispanica 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? _____

¿Está interesado en asistir al Programa de Verano para Jóvenes Ciegos y de 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
 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: _____