

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.
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) _____

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 transportes públicos	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 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.