

## Запрос на предоставление услуг в переходный период при устройстве на новую работу

Вы можете бесплатно получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом брайля или в другом удобном для вас формате. Обратитесь к координатору Отдела по работе с молодёжью (Youth Services) или позвоните по телефону 503-945-5880 (877-277-0513 звонок бесплатный) или напишите по электронной почте на адрес [VR.INFO@odhsoha.oregon.gov](mailto:VR.INFO@odhsoha.oregon.gov). Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи.

С заполнения этого формуляра начинается процесс доступа к [услугам по подготовке к трудоустройству \(Pre-ETS\)](#). Эти услуги перечислены в [разделе 2](#). Если вы соответствуете требованиям для получения услуг Pre-ETS, этот запрос будет удовлетворен.

И-мя: \_\_\_\_\_ Среднее имя или отчество: \_\_\_\_\_

Фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Предпочитаемое имя: \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

Школа: \_\_\_\_\_

Номер социального страхования (SSN) (если имеется): \_\_\_\_\_

Единый безопасный идентификационный  
номер учащегося (SSID) (если известен): \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

Расовая принадлежность: \_\_\_\_\_

Предпочитаю не отвечать (расовая/этническая принадлежность)

Являетесь ли вы испаноязычным или латиноамериканцем? Да Нет

Регистрационный номер в племени или  
принадлежность к племени и название племени: \_\_\_\_\_

Опишите свои ограниченные возможности здоровья:

Кто подает этот запрос?

Учащийся

Родитель  
или опекун

Школьный  
сотрудник

Подрядчик программы  
Pre-ETS

Другое лицо: \_\_\_\_\_

**Цель учащегося после окончания средней школы** (долгосрочная цель работать и учиться во взрослой жизни после окончания школы):

Еще работаю над этим Цель: \_\_\_\_\_

Является ли этот запрос частью группового запроса? Да Нет

## 1. Право на получение услуг в переходный период по подготовке к трудоустройству

- **Возраст:** 14-21 год и наличие ограниченных возможностей здоровья
- **Ограниченные возможности здоровья:** Документы, подтверждающие ограниченные возможности здоровья (например, индивидуальный план обучения (IEP), план 504, медицинская карта или справка от врача).
- **Зачисление в учебное заведение:** Подтверждение того, что учащийся зачислен в среднюю школу (включая частную школу, школу на дому или другую программу альтернативного образования), программу послешкольного образования или другую признанную образовательную программу и не прекратил обучение или не был отчислен. Подпись сотрудника школы может подтвердить факт зачисления.

## 2. Услуги, которые вас интересуют

Служба профессиональной реабилитации стремится помочь вам на вашем пути к карьерному росту. Пожалуйста, отметьте те услуги, которые вас интересуют и в которых вы нуждаетесь. Впишите в отведенное место любую дополнительную информацию, которую вы желаете указать.

**Изучение различных вариантов работы и карьеры**  
(Консультации по поиску работы):

**Практический опыт работы** (Опыт обучения на рабочем месте):

**Изучение дальнейших шагов после окончания школы, знакомство с программами колледжа или профессиональной подготовки** (Консультации по возможностям зачисления в комплексные программы переходного или послешкольного образования в высших учебных заведениях):

**Получение навыков подготовки к работе** (Обучение готовности к работе на рабочем месте):

**Обучение тому, как следует обращаться за тем, что вам нужно** (Обучение навыкам защиты собственных интересов):

### 3. Документация и подписи

Если у вас возникли вопросы по данному запросу, в том числе об услугах Pre-ETS и программе профессиональной реабилитации (VR) штата Орегон, напишите в отдел VR на адрес [Pre.ETS@odhsoha.oregon.gov](mailto:Pre.ETS@odhsoha.oregon.gov) или обратитесь в местное отделение VR. Для поиска ближайшего отделения VR перейдите по этой ссылке: <https://rb.gy/z2d8sy>.

#### Учащийся

Я получил(-а) информацию об услугах Pre-ETS и соглашаюсь с тем, чтобы со мной связались для предоставления дополнительной информации об этих услугах.

Подпись учащегося: \_\_\_\_\_

#### Подтверждение сотрудника школы (директор, консультант или учитель)

Я подтверждаю и свидетельствую, что \_\_\_\_\_ является учащимся и что он(-а) получает услуги в соответствии с законом IDEA или разделом 504 как лицо с ограниченными возможностями здоровья.

Подпись сотрудника школы: \_\_\_\_\_

#### Подтверждение родителя или опекуна

Я разрешаю указанной школе предоставлять в отдел VR информацию, необходимую для проверки соответствия учащегося [квалификационным требованиям, указанным выше](#). Подтверждающая информация может предусматривать или не предусматривать удержание документов. Эта информация может включать в себя:

- индивидуальную образовательную программу
- план обеспечения условий в соответствии с законом 504
- оценку психологического здоровья
- информацию об опыте работы
- информацию об изучении карьеры

Я также разрешаю отделу VR штата Орегон обмениваться информацией с персоналом вышеуказанной школы. Я признаю, что в случае необходимости получения другой информации потребуется разрешение на предоставление информации.

Подпись родителя или опекуна: \_\_\_\_\_

### **Общие положения и условия**

Услуги отдела VR штата Орегон основаны на уникальных сильных сторонах, ресурсах, приоритетах, проблемах, способностях, возможностях, интересах и осознанном выборе отдельного лица. Услуги Pre-ETS предоставляются бесплатно для учащихся с ограниченными возможностями, которые прошли проверку и получили разрешение от сотрудников отдела VR штата Орегон.

### **Подтверждение подрячика**

Как только учащийся пройдет проверку и авторизацию отдела VR, я обязуюсь предоставлять услуги этому учащемуся, как указано в соглашении Pre-ETS.

В каком **округе** вы работаете, если применимо? \_\_\_\_\_

Подпись подрячика: \_\_\_\_\_

## **Исключительно для сотрудников отдела VR**

Date received: \_\_\_\_\_

Assigned to: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

### **Pre-ETS authorization**

Job Exploration (\_\_\_\_\_ hrs.)      Work-Based Learning Experience (\_\_\_\_\_ hrs.)

Counseling on Opportunities for Enrollment in Comprehensive Transition or Post-Secondary Education Programs at Institutions of Higher Education (\_\_\_\_\_ hrs.)

Workplace Readiness Training (\_\_\_\_\_ hrs.)

Instruction in Self-Advocacy (\_\_\_\_\_ hrs.)

VR staff signature: \_\_\_\_\_