

Padre o tutor: Su firma en este formulario da su consentimiento para que el personal de Rehabilitación Vocacional (VR) revise los registros educativos y la información sobre su estudiante. VR presentará una solicitud a la escuela indicada abajo según sea necesario. Esta revisión ayuda al personal de VR a determinar si su estudiante es elegible para recibir servicios de transición previos al empleo de VR. VR es un programa del Departamento de Servicios Humanos que funciona con financiación estatal y federal. VR coopera con las escuelas de Oregon para realizar este trabajo. Su estudiante puede recibir servicios del personal de VR de Oregon sin costo alguno. Esperamos tener la oportunidad de trabajar con usted y su estudiante.

A ser llenado por el estudiante, la familia o el tutor:			
Nombre legal del estudiante:	Nombre preferido:	Escuela registrada:	Nombre del contacto en la escuela:
Fecha de nacimiento:	Grado:	Fecha anticipada de graduación:	SSID (<i>Secure Student ID</i>)#:
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiero no decir			
Domicilio del estudiante:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

Mejor manera de contactar al estudiante. Proporcione información.	Usted es (<i>elija uno o más</i>):
Mejor hora para contactar al estudiante: _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____ <input type="checkbox"/> Texto: _____	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o indígena americano Asiático: <input type="checkbox"/> Chino, <input type="checkbox"/> Filipino/a, <input type="checkbox"/> Sudasiático, <input type="checkbox"/> Vietnamita, <input type="checkbox"/> Otro asiático Negro o afroamericano: <input type="checkbox"/> Africano, <input type="checkbox"/> Afroamericano, <input type="checkbox"/> Caribeño, <input type="checkbox"/> Otro negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco ¿Hispano o latino/a?: <input type="checkbox"/> No Si dijo <input type="checkbox"/> Sí, elija uno: <input type="checkbox"/> Centroamericano, <input type="checkbox"/> Sudamericano, <input type="checkbox"/> Mexicano
Describa su discapacidad o limitaciones laborales:	¿Qué servicio de transición previo al empleo le gustaría discutir (<i>si lo sabe</i>)?

For VR staff only / Solo para el personal de VR:	
Date received:	Assigned to:
For person assigned (Pre-ETS discussed):	

Solicitud de consulta sobre servicios de transición previos al empleo

Padres o tuto:		
Nombre del padre o tutor: _____		
Domicilio (si es diferente al del estudiante): _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Mejor manera de comunicarse con el padre/madre Proporcione información.		
Mejor momento para contactar al padre / tutor: _____		<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo: _____
<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____		<input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____
<input type="checkbox"/> Teléfono de la casa: _____		<input type="checkbox"/> Texto: _____

Autorizo a VR para que ayude a mi estudiante a planificar su futuro. Esto puede incluir ayuda para hacer lo siguiente:

- Aprender sobre sus fortalezas, intereses y habilidades para el trabajo y la vida adulta.
- Aprender habilidades para la vida adulta, incluida la autorepresentación.
- Identificar objetivos de trabajo y para la vida adulta.
- Participar en actividades de exploración de trabajo.
- Aprender hábitos, actitudes y comportamientos para el trabajo.
- Participar en experiencias de trabajo comunitario.
- Explorar opciones de capacitación postsecundaria.

Autorizo a la escuela anterior para discutir, proporcionar información y permitir el acceso electrónico a los registros necesarios para verificar el estudiante a VR. Al verificar la información, VR no podrá retener los documentos. Esta información puede incluir:

- Programa de Educación Individualizada (IEP)
- Información sobre experiencia laboral
- Plan de adaptaciones 504
- Información sobre exploración de carreras
- Evaluaciones psicológicas

Testifico que mis respuestas y los datos proporcionados en este formulario para servicios son verdaderos, completos y precisos. Doy permiso para que Oregon VR intercambie información con el personal autorizado de la escuela. También doy permiso para que Oregon VR intercambie información con personal no autorizado de la escuela, como mentores, especialistas en tecnología de asistencia y facilitadores de la red de transición. Además, VR puede intercambiar información con la persona (indicada), el programa o las agencias (persona, programa o agencia) que prestan servicios a mi estudiante. _____

Oregon VR no volverá a divulgar información educativa de la escuela nombrada a ninguna otra persona, programa o agencia sin consentimiento por escrito, a menos que lo exija la ley. Puedo cancelar esta solicitud en cualquier momento dando a VR una declaración firmada y fechada. En cualquier caso, la solicitud caducará un año después de la fecha en que el estudiante deje de recibir servicios de VR.

Firma del padre o tutor: _____	Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra
Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Padre/madre de crianza <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío/a
	<input type="checkbox"/> Primo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Cuidador profesional
	<input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____
Firma del estudiante: _____	Fecha: _____

Llene este formulario y envíelo por:

- Correo electrónico: pre.ets@dhsola.state.or.us
- Fax: 503-947-5025

Un miembro de VR o del personal de la escuela se comunicará con usted sobre su solicitud.



Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en Braille o en el formato que prefiera. Comuníquese con Rehabilitación Vocacional al 503-945-5880 o envíe un correo electrónico a pre.ets@dhsola.state.or.us. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión o puede marcar 711.