

\* Denota los campos requeridos

Sección 1. Proporcione información sobre el estudiante interesado:							
* Apellido		* Nombre			Inicial del segundo nombre		
* N.º de ID del estudiante				* Fecha de nacimiento			
* Dirección postal							
* Ciudad					* Estado	* Código postal	
Correo electrónico del padre/madre/tutor legal				Correo electrónico del estudiante			
* Teléfono principal (incluya el código de área)				Teléfono secundario (incluya el código de área)			
Voz	TTY	SMS	Video	Voz	TTY	SMS	Video
* Raza							
Indio americano o nativo de Alaska			Asiático		Negro o afroamericano		
Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico			Blanco				
* Etnia							
Hispano o latino				No hispano o latino			
* Género							
Masculino		Femenino			No se informa		
* ¿El estudiante cumple con los siguientes tres requisitos para la prestación de servicios de transición previos al empleo? <i>(debe cumplir con todo lo siguiente para ser considerado elegible)</i>							
¿El estudiante tiene entre 14 y 21 años?							
¿El estudiante está inscrito en una escuela secundaria, alternativa o en un programa educativo/vocacional postsecundario reconocido o recibe educación en el hogar?							
¿El estudiante tiene un Plan Educativo Individual (IEP), un Plan 504 o una discapacidad documentada por un médico, psicólogo o profesional médico?							

<b>Sección 2. Información educativa</b>			
<b>* Escuela en la que está inscrito actualmente</b>			
<b>* Condado</b>		<b>* Teléfono (incluya el código de área)</b>	
<b>* Nivel de grado</b>	<b>* Fecha de graduación esperada</b>	<b>* Tipo de diploma</b>	
<b>* ¿El estudiante tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP) o un plan de adaptación en virtud de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación?</b>			
<p>El estudiante tiene un plan de adaptación en virtud de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación.</p> <p>El estudiante tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP).</p> <p>Este estudiante es una persona con discapacidad que no tiene un IEP o un Plan 504.</p>			
<b>* ¿El estudiante tiene discapacidades sensoriales (p. ej., audición/visión)?</b>			
Ciego/Visión reducida	Sordo/Con dificultad auditiva	Ambas	Ninguna
<b>* Modo preferido de comunicación del estudiante (por ejemplo, ASL/Tecnología asistencial. Sea lo más específico posible)</b>			
<b>Sección 3. Información del proveedor de Pre-ETS</b>			
<b>* Nombre comercial del proveedor de Pre-ETS</b>			
<b>* Dirección comercial</b>			
<b>* Nombre de contacto</b>		<b>* Número de teléfono de contacto</b>	
<b>* Dirección de correo electrónico de contacto</b>			
<b>Sección 4. Programa de Asistencia al Cliente (CAP)</b>			
<p>El CAP puede ayudarlo a comprender los servicios disponibles de OVR, asesorarlo sobre otros beneficios disponibles de las agencias estatales y federales, asistirlo para interponer los recursos adecuados para garantizar la protección de sus derechos y ayudarlo a resolver cualquier insatisfacción que pueda tener con OVR en cuanto a la prestación o la denegación de servicios. Para ponerse en contacto con el CAP, visite el sitio web Protection and Advocacy en <a href="http://www.kypa.net/intake-form.html">http://www.kypa.net/intake-form.html</a> o llame al 1-800-372-2988.</p>			

## Sección 5. Debe ser completado por el estudiante y el padre, madre o tutor legal

(si corresponde)

Si un estudiante es menor de 18 años o está bajo una orden de tutela, se requiere el consentimiento del padre, madre o tutor legal.

Mi firma abajo indica:

- Otorgo mi permiso para que el estudiante antes mencionado participe en Pre-ETS proporcionados por el proveedor de Pre-ETS y/u OVR.
- Otorgo mi permiso para que se comparta la información proporcionada en este formulario, así como la información necesaria para la provisión de Pre-ETS, entre la agencia de educación y OVR, o su proveedor designado, como condición para la participación del estudiante.
- Comprendo que OVR usará parte de la información provista para la elaboración de informes federales y que OVR tratará esta información de manera confidencial. Comprendo que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) no se aplica a esta información, pero que otras leyes prohíben su divulgación sin el consentimiento por escrito del estudiante, padre, madre o tutor legal.
- Comprendo que puedo revocar el consentimiento provisto en este formulario en cualquier momento, dando un aviso por escrito firmado y fechado. El consentimiento conserva su validez si el estudiante es un beneficiario de Pre-ETS y se limita estrictamente a la información necesaria para la provisión de Pre-ETS.
- Otorgo mi permiso para que el estudiante participe en actividades de Pre-ETS fuera de la escuela y en los entornos de OVR. Seré notificado por el proveedor de servicios de cada actividad fuera del sitio antes de que la actividad se lleve a cabo. Si no doy mi permiso para que el estudiante participe en una actividad en particular, notificaré al especialista de Pre-ETS del estudiante cuando reciba el aviso de tal actividad.
- OVR o el proveedor de servicios designado pueden proveer sesiones virtuales de Pre-ETS (por ejemplo, videoconferencias o conferencias telefónicas). Entiendo que, a excepción del padre, madre o tutor autorizado, no está permitido que otras personas en el hogar participen o estén visibles o escuchen estas sesiones. Acepto estar en un entorno privado, seguro y sin interrupciones al recibir servicios virtuales.
- El contratista de OVR puede brindar sesiones grupales virtuales de Pre-ETS. Durante estas sesiones virtuales de Pre-ETS grupales, no se compartirá información confidencial. Sin embargo, comprendo que los nombres y las imágenes de los estudiantes que participen y los de sus representantes autorizados serán visibles para el personal y podrían ser visibles para otros estudiantes participantes y sus padres/representantes autorizados.
- Comprendo que Pre-ETS no son servicios tradicionales de VR. La participación en Pre-ETS no califica al estudiante para recibir servicios de VR. El estudiante puede solicitar servicios de VR si/cuando haya interés o necesidad de recibir servicios de VR.

## Sección 6. Firmas (*\*SE REQUIERE la firma del estudiante. Padre/madre/tutor legal, si corresponde*)

Firma del estudiante

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Padre/madre

Firma del tutor legal

Nombre en letra de imprenta

Fecha