

1. INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

Nombre	Número de caso

2. SERVICIOS VOCACIONALES NECESARIOS PARA ALCANZAR MI OBJETIVO (CONTINUACIÓN)

Servicio 1

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 2

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 3

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 4

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 5

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	

Fuentes de financiamiento

Servicio 6

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 7

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

3. COMENTARIOS

Añada comentarios o detalles adicionales

4. AUTORIZACIONES Y FIRMAS

- Autorizo a Rehabilitación Vocacional y a la escuela/centro de mi elección o SSA a compartir información financiera y de otro tipo para llevar a cabo mi Plan Individualizado de Empleo (IPE).
- Entiendo que los servicios de la Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR) dependen de la disponibilidad de fondos estatales y federales o vacantes en los centros/escuelas.
- Si tengo preguntas o inquietudes que mi consejero de rehabilitación no puede abordar, consultaré la Guía del consumidor para encontrar información sobre mis derechos, responsabilidades y el Programa de asistencia al cliente.
- Recibí una copia de mi Plan Individualizado de Empleo (IPE) por correo o electrónicamente y estoy enterado de que mi plan de trabajo será revisado anualmente.



Firma del consumidor

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del padre / madre / tutor legal

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del consejero de rehabilitación vocacional

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del gerente de sucursal (si corresponde)

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del director de servicios de campo (si corresponde)

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del gerente de la sucursal de tecnología de asistencia (si corresponde)

Fecha (DD/MM/AAAA)

Nota: la continuación del IPE se puede adjuntar a un IPE o a una Enmienda del IPE cuando los servicios requeridos exceden el espacio disponible en estos formularios. La continuación del IPE debe completarse al mismo tiempo que el IPE o la Enmienda del IPE. Ambos formularios deben estar firmados y fechados, y las fechas deben coincidir.