

OFICINA DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL

Verificación de empleados con salario inferior al mínimo

Información del consumidor

Nombre:					
Domicilio:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Fecha de cumpleaños:					

Escuela Secundaria

- Servicio de transición establecido por IDEA: Sí No
- Servicios de transición previos al empleo: Sí No

Rehabilitación Vocacional

Solicitó los servicios. Fecha:

No cumple con los requisitos. Fecha:

Cumple con los requisitos. Fecha:

Cierre satisfactorio. Fecha:

Cierre no satisfactorio. Fecha:

No desea servicios de rehabilitación vocacional en este momento.

Descripción del rechazo/Motivo del rechazo:

Fecha en que se proporcionó la orientación vocacional:

Recursos proporcionados (adjuntar copias si corresponde):

Documentación entregada a:

Fecha de entrega:

Método de entrega:

Entregado en mano

Fax

Correo

Correo electrónico

Otro:

Nombre del asesor en letra de imprenta:	Ubicación de la oficina:
Número de teléfono:	
Firma del asesor:	Fecha: