

**Formulario de derivación de servicios de transición previa al empleo (Pre-ETS)**

**Nombre completo del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Distrito/Condado:** \_\_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_

Entiendo que al firmar este documento estoy otorgando permiso para proporcionar a la Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR, por sus siglas en inglés) mi siguiente información. Entiendo que, en este momento, no se trata de solicitar los servicios de la OVR. Esto solo otorga **permiso para participar** en los servicios de transición previos al empleo que se ofrecen. Entiendo que el personal de la escuela y la Oficina de Rehabilitación Vocacional pueden compartir este formulario solo cuando los servicios están siendo implementados por los proveedores que se detallan a continuación. Entiendo que puedo solicitar los servicios de la OVR en cualquier momento si los necesito en el futuro. Las fotografías de los participantes en actividades de transición o funciones de transición se toman con fines publicitarios para usar en publicaciones en medios. Los participantes o tutores que **no** den permiso para ser fotografiados deben comunicarse directamente con el Coordinador de Transiciones en la Entidad de Derivación para restringir el acceso.

Este estudiante tiene una discapacidad verificada, según lo confirma la firma del personal del distrito escolar a continuación, ya sea por medio de un Programa de Educación Individual (IEP), el plan 504 o documentación de discapacidad *como se indica a continuación para otra documentación de respaldo aceptable*. \* (No se requieren copias de la documentación para participar). Este formulario se comunicará a la OVR por correo electrónico.

**TODAS LAS FIRMAS OBLIGATORIAS**

Firma del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal de la escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del estudiante, provista por el personal de la escuela:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Identificación del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Género:**  Femenino  Masculino  Género no autoidentificado

**¿Sordo o con problemas de audición?**  Sí  No

**Origen étnico:**  Hispano  Latino  Ninguno **¿Ciego o discapacitado visual?**  Sí  No

**Raza:**  Blanca  Negra o afroamericana  Nativa de Hawái o de Otra Isla del Pacífico

Indígena americana o nativa de Alaska  Asiática

**Documentos de discapacidad:**  Plan 504  IEP  No cubierto por el 504 o por IEP

**Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_ **Grado actual:** \_\_\_\_\_

**Fecha estimada para salir de la escuela:** \_\_\_\_\_

**Proveedor de servicios de transición previa al empleo (ETS)**

**Este formulario no corresponde al Proyecto de transición del trabajo comunitario (CWTP, por sus siglas en inglés).**

Cooperativa educativa (EC): \_\_\_\_\_

Sistema de la universidad técnica de la comunidad de Kentucky (KCTCS): \_\_\_\_\_

Programa comunitario de rehabilitación (CRP): \_\_\_\_\_

Empleos para los graduados de Kentucky (JAG KY)

Oficina de Rehabilitación Vocacional (incluido el Centro Perkins (CDPVTC) y el Centro McDowell)

**Firma del proveedor de la transición previa al empleo (Pre-ETS):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\*Nota del caso que documenta la observación del consejero, revisión de los registros escolares, declaraciones del personal educativo, copia de un documento del programa de educación individual (IEP), carta de adjudicación del beneficiario de la SSA, evaluación psicológica escolar, documentación de un diagnóstico o determinación de discapacidad o documentación relacionada con la adaptación 504. La firma del padre o tutor en este formulario también funciona como documentación de discapacidad.