

OVR–2a 11/2020

Departamento de Kentucky para Inversión en Mano de Obra
OFICINA DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL
Consentimiento de Padre/Madre/Tutor para la Solicitud

El objetivo de la Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR, por sus siglas en Inglés) es prestar servicios a personas elegibles con discapacidades, con el fin de prepararlos para el empleo y ayudarlos a obtener un puesto de trabajo y a mantenerlo. A través de una evaluación integral, el asesor, el niño/pupilo y el padre/la madre/el tutor decidirán qué servicios podrá recibir un niño/pupilo elegible. Los tipos de servicios ofrecidos pueden incluir: diagnóstico, evaluación vocacional, asesoramiento y orientación, tecnologías de rehabilitación, capacitación y asistencia para encontrar un empleo. La cantidad de ayuda para algunos servicios se basa en los recursos económicos de la familia o la persona.

El Asesor de Rehabilitación Vocacional solicita permiso antes de hablar con su hijo/pupilo sobre la solicitud de prestación de servicios para determinar su elegibilidad. Si usted expresa su consentimiento, al Asesor de Rehabilitación Vocacional le gustaría encontrarse con su hijo/pupilo en una fecha a determinar. Si usted decide asistir a la reunión, se apreciará la participación del padre/la madre/el tutor y se buscará fomentar esta conducta. Si no hay documentación actual sobre una discapacidad o una limitación funcional, el Asesor de Rehabilitación Vocacional solicitará la información en la reunión inicial al completar la solicitud para recibir servicios.

GARANTÍA DE AUSENCIA DE DISCRIMINACIÓN:

Comprendo que a mi hijo/pupilo no se le negarán servicios solamente a causa de su edad, raza, color, origen nacional, sexo, religión o tipo de discapacidad.

CONFIDENCIALIDAD Y DIVULGACIÓN:

Comprendo que el Asesor de Rehabilitación Vocacional conservará en forma confidencial toda la información personal brindada por mi hijo/pupilo o que haga referencia a mi hijo/pupilo, de conformidad con las regulaciones federales. También comprendo que dicha información personal solo podrá divulgarse con mi consentimiento informado por escrito o bajo una orden judicial. Autorizo a la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky a divulgar información médica, psicológica, educativa o de otro tipo sobre mi hijo/pupilo con el fin de determinar su elegibilidad.

Comprendo que se conservarán copias de correos electrónicos, faxes y mensajes de voz relacionados con el caso de mi hijo/pupilo como parte del expediente de su caso, y que la Oficina de Rehabilitación Vocacional no puede garantizar la confidencialidad de los mensajes electrónicos que se transmiten.

Autorizo a la OVR a utilizar el correo electrónico para comunicarse conmigo o con mi hijo/pupilo.

No autorizo el uso del correo electrónico.

Por medio del presente documento, solicito servicios de Rehabilitación Vocacional para mi hijo/pupilo. Comprendo que el programa de Rehabilitación Vocacional se lleva a cabo con fines de empleo.

Firma del Tutor Legal (especifique)

Fecha

Padre/Madre de un menor de 18 años de edad

Tutor legal designado por vía judicial

NombredelNiño/Pupilo:

Dirección:

Número de Seguro Social:

SSI: Sí No Monto del SSI \$

Número de Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Curso:

Escuela:

El estudiante posee un IEP un plan 504.