

**Gabinete de Desarrollo de la Fuerza Laboral y Educación de Kentucky
Oficina de Rehabilitación Vocacional**

[Click here to enter a date.](#)

Consumer Name

Consumer Address

Consumer City, State Zip

Estimado/a Consumer Name,

Usted reúne los requisitos para los servicios de Rehabilitación Vocacional en Eligibility/Accepted Date .

Me han encargado la tarea de desarrollar un Plan Individual de Empleo (IPE, por sus siglas en inglés) con usted, dentro de los 90 días a partir de la fecha en la que se determinó su elegibilidad. En su caso, no podré realizarlo debido a las siguientes razones:

Free Text Field

Un plan IPE será desarrollado por Anticipated Completion Date.

Si usted está de acuerdo con que se apruebe esa extensión de tiempo, por favor firme en la parte inferior y devuelva el documento a mi dirección.

Firma del cliente

Fecha

Firma del tutor

Fecha

Gracias por su cooperación en este tema. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese conmigo.

Cordialmente,

Caseload Owner Name, Consejero
Oficina de Rehabilitación Vocacional
Caseload Owner Address
Caseload Owner City, State Zip
Caseload Owner Phone
Caseload Owner Email