

* Indica los campos requeridos

Sección 1. Provea información acerca del estudiante interesado:							
* Apellido		* Nombre			Inicial del segundo nombre		
* N.º de identificación del estudiante				* Fecha de nacimiento			
* Dirección postal							
* Ciudad					* Estado	* Código postal	
Correo electrónico del padre/tutor legal				Correo electrónico del estudiante			
* Teléfono principal (incluya el código de área)				Teléfono secundario (incluya el código de área)			
Voz		TTY		SMS		Video	
Voz		TTY		SMS		Video	
* Raza (seleccione todas las opciones que correspondan)							
Indio americano o nativo de Alaska			Asiático		Negro o afroamericano		
Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico			Blanco				
* Etnia				* Género			
Hispano o latino		No hispano o latino		Masculino		Femenino No se informa	
<p>‡ Envíe el formulario para derivación completo, así como el IEP del estudiante, el Plan 504 u otra documentación relativa a la discapacidad al personal de VR a través del sistema Pre-VR para su aprobación. Todos los proveedores deben recibir la aprobación del personal de VR antes de trabajar con un estudiante.</p>							
<p>* ¿El estudiante cumple con los siguientes tres requisitos para la prestación de servicios de transición previos al empleo? <u>(debe cumplir con todo lo siguiente para ser considerado elegible)</u></p> <p>¿El estudiante tiene entre 14 y 21 años?</p> <p>¿El estudiante está inscrito en una escuela secundaria, alternativa o en un programa educativo/vocacional postsecundario reconocido o recibe educación en el hogar?</p> <p>¿El estudiante tiene un Plan Educativo Individual (IEP), un Plan 504 o una discapacidad documentada por un médico, psicólogo o profesional médico?</p>							

Sección 2. Información educativa			
* Escuela en la que está inscrito actualmente			
* Condado		* Teléfono (incluya el código de área)	
* Nivel de grado	* Fecha de graduación esperada	* Tipo de diploma	
* ¿El estudiante tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP) o un plan de adaptación en virtud de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación? El estudiante tiene un plan de adaptación en virtud de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación El estudiante tiene un Programa de Educación Individualizada (IEP) Este estudiante es una persona con discapacidad que no tiene un IEP o un Plan 504.			
* ¿El estudiante tiene discapacidades sensoriales (p. ej., audición/visión)? Ciego/Visión reducida Sordo/Con dificultad auditiva Ambos Ninguna			
* Modo preferido de comunicación del estudiante (por ejemplo, ASL/lenguaje de señas)			
Sección 3. Información del proveedor de Pre-ETS			
* Nombre comercial del proveedor de Pre-ETS			
* Dirección comercial			
* Nombre de contacto		* Número de teléfono de contacto	
* Dirección de correo electrónico de contacto			
Sección 4. Programa de Asistencia al Cliente (CAP)			
El CAP puede ayudarlo a comprender los servicios disponibles de OVR, asesorarlo sobre otros beneficios disponibles de las agencias estatales y federales, asistirlo para interponer los recursos adecuados para garantizar la protección de sus derechos y ayudarlo a resolver cualquier insatisfacción que pueda tener con OVR en cuanto a la prestación o la denegación de servicios. Para comunicarse con el CAP, visite el sitio web Protection and Advocacy en http://www.kypa.net/intake-form.html o llame al 1-800-372-2988.			

Sección 5. Debe ser completado por el estudiante y el padre, madre o tutor legal

(si corresponde)

Si un estudiante es menor de 18 años o está bajo una orden de tutela, se requiere el consentimiento del padre, madre o tutor legal.

Mi firma abajo indica:

- Otorgo mi permiso para que el estudiante antes mencionado participe en Pre-ETS proporcionados por el proveedor de Pre-ETS y/u OVR.
- Otorgo mi permiso para que se comparta la información proporcionada en este formulario (IEP, Plan 504 o constancias de una discapacidad), así como la información necesaria para la provisión de Pre-ETS, entre la agencia de educación y OVR, o su proveedor designado, como condición para la participación del estudiante.
- Comprendo que OVR usará parte de la información provista para la elaboración de informes federales y que OVR tratará esta información de manera confidencial. Comprendo que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) no se aplica a esta información, pero que otras leyes prohíben su divulgación sin el consentimiento por escrito del estudiante, padre, madre o tutor legal.
- Comprendo que puedo revocar el consentimiento provisto en este formulario en cualquier momento, dando un aviso por escrito firmado y fechado. El consentimiento conserva su validez si el estudiante es un beneficiario de Pre-ETS y se limita estrictamente a la información necesaria para la provisión de Pre-ETS.
- Otorgo mi permiso para que el estudiante participe en actividades de Pre-ETS fuera de la escuela y en los entornos de OVR. Seré notificado por el proveedor de servicios de cada actividad fuera del sitio antes de que la actividad se lleve a cabo. Si no doy mi permiso para que el estudiante participe en una actividad en particular, notificaré al especialista de Pre-ETS del estudiante cuando reciba el aviso de tal actividad.
- OVR o el proveedor de servicios designado pueden proveer sesiones virtuales de Pre-ETS (por ejemplo, videoconferencias o conferencias telefónicas). Entiendo que, a excepción del padre, madre o tutor autorizado, no está permitido que otras personas en el hogar participen o estén visibles o escuchen estas sesiones. Acepto estar en un entorno privado, seguro y sin interrupciones al recibir servicios virtuales.
- El contratista de OVR puede brindar sesiones grupales virtuales de Pre-ETS. Durante estas sesiones virtuales de Pre-ETS grupales, no se compartirá información confidencial. Sin embargo, comprendo que los nombres y las imágenes de los estudiantes que participen y los de sus representantes autorizados serán visibles para el personal y podrían ser visibles para otros estudiantes participantes y sus padres/representantes autorizados.
- Comprendo que Pre-ETS no son servicios tradicionales de VR. La participación en Pre-ETS no califica al estudiante para recibir servicios de VR. El estudiante puede solicitar servicios de VR si/cuando haya interés o necesidad de recibir servicios de VR.

Sección 6. Firmas (*SE REQUIERE la firma del estudiante. Padre/madre/tutor legal, si corresponde)

Firma del estudiante

Nombre en letra imprenta

Fecha

Padre o madre

Tutor legal

Nombre en letra imprenta

Fecha