|  |  |
| --- | --- |
| **Texas Workforce Solutions logo** | Texas Workforce Commission**Servicios de Rehabilitación Vocacional****Solicitud para recibir servicios de transición previos al empleo** |
| **Elementos necesarios para la presentación de informes federales** |
| *La confidencialidad de toda la información solicitada en este formulario está protegida por 34 CFR 361.38.*  |
| Nombre del estudiante:      | Apellido del estudiante:      |
| Fecha de nacimiento:      | N.° del Seguro Social (SSN) / N.° de Licencia de Conducir o de identificación estatal / o N.° de identificación escolar:      |
| Raza y etnia (seleccione todas las que correspondan):  [ ]  Indio americano o nativo de Alaska[ ]  Asiático[ ]  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico[ ]  Hispano o Latino[ ]  Negro o afroamericano[ ]  Blanco |
| Fecha de inicio de la actividad previa a los servicios de transición previos al empleo (Pre-ETS):       |
| Discapacidad:       |
| ¿Discapacidad verificada por documentación/observación? [ ]  Sí [ ]  No |
| **Información adicional del estudiante**   |
| Dirección de correo electrónico:       | Teléfono:(   )       |
| Dirección:      |
| Ciudad:      | Estado:      | Código postal:      |
| Actualmente inscrito en la escuela: [ ]  Sí [ ]  No | Nombre de la escuela:      |
| Plan de la sección 504: [ ]  Sí [ ]  No | Programa de Educación Personalizada: [ ]  Sí [ ]  No |
| **Información del padre o madre/representante** |
| Nombre del padre o madre/representante:      | Apellido del padre o madre/representante:      |
| Dirección de correo electrónico:       | Teléfono:(   )       |
| Dirección:      |
| Ciudad:      | Estado:      | Código postal:      |
| Método de contacto (seleccione uno): Cara a cara [ ]  Teléfono [ ]  Virtual [ ]   |
| El cliente tiene Internet: Sí [ ]  No [ ]  | El cliente tiene computadora/portátil: Sí [ ]  No [ ]  |
| El cliente puede realizar una videoconferencia: Sí [ ]  No [ ]  |
| Al firmar a continuación:* Solicito servicios de transición previos al empleo a la empresa Texas Workforce Solutions - Servicios de Rehabilitación Vocacional (TWC-VR).
* Soy un estudiante con una discapacidad y he proporcionado la documentación apropiada de mi discapacidad a TWC-VR.
* Entiendo que para buscar servicios adicionales a través de TWC-VR necesitaré completar una solicitud y proporcionar a TWC-VR más información necesaria para determinar mi elegibilidad para esos servicios adicionales.
* He recibido una copia del folleto "¿Podemos hablar?" en el que se describen los procedimientos de apelación de VR.
 |
| **Firmas**   |
| Nota: Uno de los padres o un representante debe firmar si el estudiante es menor de edad (menor de 18 años).   |
| Nombre en letra de imprenta del estudiante:      |
| Firma del estudiante: **X**       | Fecha:      |
| Nombre en letra de imprenta del padre o madre/representante:      |
| Firma del padre o madre/representante: **X**       | Fecha:      |