



State of Utah
Department of Workforce Services
Office of Rehabilitation

**FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN LOS SERVICIOS
DE TRANSICIÓN PREVIOS AL EMPLEO**

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Sexo: Hombre Mujer No desea identificarse No disponible

Raza (Marque todas las opciones que correspondan):

Indio americano/nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano

Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Blanco

Grupo étnico (seleccione uno):

La persona es hispana o latina La persona no es hispana o latina

**Para que complete un educador, un coordinador de la sección 504
u otro profesional certificado**

Yo, _____ verifico que este alumno es estudiante de
_____ y cumple uno de los siguientes criterios:

- La persona es un estudiante con una discapacidad y tiene un plan de la sección 504.
- La persona es un estudiante con una discapacidad y tiene un IEP.
- La persona es un estudiante con una discapacidad que no tiene una adaptación de la sección 504 y no está recibiendo servicios en un IEP.

Nombre del profesor/grado actual: _____

/s/ _____

Firma y título del personal escolar _____ Fecha _____

Fecha estimada de servicio(s): _____

NOTAS (descripción pre-ETS): _____

PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA: Estoy de acuerdo en participar en los Servicios de Transición Previos al Empleo (ETS). Estos servicios pueden incluir actividades en varios lugares: mi escuela, una oficina de la Oficina de Rehabilitación del Estado de Utah (USOR), empleadores que participan en experiencias de aprendizaje basadas en el empleo y otros lugares fuera de la escuela según lo acordado y arreglado con anticipación con mi instructor de Pre-ETS o un proveedor contratado de Pre-ETS.

REVISIÓN DE LA DECISIÓN: Entiendo que puedo solicitar una revisión de una decisión relativa a mi programa Pre-ETS, según lo dispuesto en la Regla Administrativa R993-100 (el USOR proporcionará una copia de la Regla si se solicita). Entiendo que tengo 30 días a partir de la fecha de la decisión para presentar una solicitud de revisión por escrito.

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES: Entiendo que los servicios de este programa se prestan sin tener en cuenta el sexo, la raza, la edad, la religión, el color o la nacionalidad de origen, de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, en su versión enmendada, y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. El USOR también asegura que ningún grupo de personas será excluido o considerado no elegible únicamente por el tipo de discapacidad.

Intercambio de Información

Para facilitar los servicios de transición de rehabilitación profesional previa al empleo, es posible que el USOR o un proveedor contratado de Pre-ETS tengan que compartir información con otros organismos y empleadores. Todos los organismos implicados se encargarán de divulgar únicamente la información necesaria para una implementación eficaz y eficiente de los servicios. La información confidencial que se incluirá en este acuerdo de intercambio de información entre agencias puede incluir: Información educativa, psicológica, médica, social y vocacional relevante para sus necesidades de participación en los servicios. Esta divulgación no se utilizará para obtener información médica o psicológica detallada.

Las Agencias Comparten el Acceso a la Información Confidencial

Oficina de Rehabilitación del Estado de Utah

Dirección: _____

Persona de contacto: _____

Teléfono: _____

Nombre de la entidad: _____

Dirección: _____

Persona de contacto: _____

Teléfono: _____

Distrito Escolar de la Junta de Educación del Estado de Utah

Dirección: _____

Persona de contacto: _____

Teléfono: _____

Nombre de la entidad: _____

Dirección: _____

Persona de contacto: _____

Teléfono: _____

Entiendo que mis registros están protegidos por las regulaciones estatales y federales, así como por los códigos de ética profesional que rigen la confidencialidad y no pueden ser divulgados o revelados sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones estatales y federales. Autorizo la divulgación de información entre los organismos mencionados anteriormente, con la restricción de que la información no puede ser transmitida a ninguna otra persona o entidad/ organismo. Entiendo que este consentimiento es efectivo desde la fecha indicada hasta el último día del mes siguiente a la terminación de mi(s) programa(s) de rehabilitación profesional actualmente abierto(s). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito a las agencias mencionadas anteriormente.

Firma del estudiante: /s/ _____

Firma del padre/madre/tutor: /s/ _____

Firma del personal: /s/ _____ Fecha: _____

A proud partner of the  network

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares (adaptación) y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten llamando al # 801-526-9240. Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a "Relay Utah" marcandao al 711. Relay Utah en español: 1-888-346-3162.