



COSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TRANSICION PREVIOS AL EMPLEO

INSTRUCCIONES

Por favor, devuelva este formulario a nuestro consejero de Rehabilitación Vocacional (VR). Para obtener información adicional sobre la División de Rehabilitación Vocacional de Nuevo México, visite: <https://www.dvr.state.nm.us/>.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO(S)		
NOMBRE DE PREFERENCIA	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ OTRO		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO			

RAZA / ETNICIDAD (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Indígena americano o nativo de Alaska | ☐ Asiático | ☐ Afroamericano o negro |
| ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico | ☐ Oriente Medio / Norte de África | ☐ Blanco |
| ETNIA (elijá también una Raza) | | |
| ☐ Hispano o latino(a) | ☐ No desea autoidentificarse | |

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DE LOS PADRES - FIRMADO POR EL PADRE/TUTOR O ESTUDIANTE ADULTO

Al firmar a continuación, usted indica:

- Consentimiento para participar en los Servicios de Transición Previos al Empleo (Pre-ETS)
- Autorización para que las agencias educativas locales liberen expedientes académicos con el único fin de recibir Pre-ETS.
- Información será compartida con el contratista o el consejero de rehabilitación vocacional supervisando los servicios proporcionados.
- Los servicios pueden continuar con este consentimiento hasta que el estudiante ya no cumpla con la definición de estudiante con una discapacidad, ya no necesite los Servicios de Transición Previos al Empleo, o ya no desee participar. Entiendo que los servicios de transición previos al empleo terminarán cuando el estudiante ya no esté en un programa educativo o cumpla 22 años.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR	FIRMA DEL PADRE/TUTOR	FECHA
TELÉFONO DEL PADRE/TUTOR	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR	
FIRMA DEL ESTUDIANTE		FECHA

SECCIÓN III: DATOS DE LA ESCUELA - FIRMADO POR PERSONAL ESCOLAR / PERSONAL DE VR / CONTRATISTA

NOMBRE DEL DISTRITO ESCOLAR	GRADO ACTUAL	FECHA DE GRADUACIÓN PREVISTA	NÚMERO STARS
-----------------------------	--------------	------------------------------	--------------

Al firmar, verifico que este estudiante tiene una discapacidad y que la documentación de respaldo está disponible.

- ☐ Un estudiante con una discapacidad para los propósitos de la sección 504; o
- ☐ Un estudiante con una discapacidad y que está recibiendo servicios de transición bajo un Programa de Educación Individualizada (IEP); o
- ☐ Un estudiante con una discapacidad documentada sin adaptaciones de sección 504 ni servicios bajo un Programa de Educación Individualizada (IEP).

Si el contratista de VR o el personal ajeno a la escuela completa este formulario, debe incluir uno de estos documentos de respaldo:

- Programa de Educación Individualizada (IEP) o plan 504
- Comprobante de recepción de SSI/SSDI basado en la propia discapacidad del individuo (carta de concesión de SSI/SSDI Medical or
- Documentación médica o psicológica con diagnóstico firmado por un profesional con licencia

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO Y VERIFICADOR	FIRMA	FECHA
---	-------	-------

SECCIÓN IV: AUTORIZACIÓN DE PUBLICIDAD - FIRMADO POR EL PADRE/TUTOR O ESTUDIANTE ADULTO

Por la presente, otorgo permiso a la División de Rehabilitación Vocacional de Nuevo México para utilizar mi nombre, fotografías e información sobre mi participación en el programa de Rehabilitación Vocacional para cualquiera o todos los siguientes medios: artículos de periódicos, folletos, volantes, vallas publicitarias, carteles, transmisiones electrónicas, publicaciones en internet, grabaciones de audio y/o video, anuncios de servicio público y otras publicaciones de información al público. Entiendo que la firma de esta autorización es completamente voluntaria y no tiene ningún efecto en la elegibilidad para los servicios.

FIRMA DEL ESTUDIANTE ADULTO O PADRE/TUTOR	FECHA	NOMBRE EN LETRA IMPRENTA
---	-------	--------------------------