|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | | | |