

Padre o tutor: Mediante su firma en este formulario, usted da su consentimiento para que el personal de Rehabilitación Vocacional (VR) reciba registros e información educativa sobre el estudiante aquí mencionado. VR solicitará estos datos a la escuela indicada abajo y el personal podrá averiguar si su estudiante tiene derecho a recibir servicios de transición previos al empleo de VR. VR es un programa del Departamento de Servicios Humanos financiado con fondos estatales y federales. VR trabaja en cooperación con las escuelas secundarias de Oregón. Su estudiante puede recibir servicios gratuitos del personal de VR de Oregón. Esperamos con interés trabajar con su estudiante.

Nombre del estudiante		N° DI del estudiante (SSID)	Grado
Fecha de graduación	Escuela		Nombre del contacto en la escuela:
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no identificar			Fecha de nacimiento
Dirección del estudiante		<i>Llene toda la siguiente sección. Marque la casilla que indica la mejor manera de comunicarse con el estudiante.</i>	
Ciudad			
Estado	Código Postal		
Describa su discapacidad o limitaciones laborales			
Raza (marque uno o más): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico o nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono casa <input type="checkbox"/> Tel. del trabajo <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Texto	
		Mejor hora para comunicarse	
		¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del padre o tutor		<i>Por favor llene toda la siguiente sección. Marque la casilla que indica la mejor manera de contactar al padre o tutor.</i>	
Dirección del padre o tutor (si es diferente de la del estudiante)			
Ciudad			
Estado	Código Postal		
		<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono casa <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Texto	

Consentimiento y permiso para divulgar información para servicios de transición previos al empleo

Doy permiso a VR para que ayude a mi estudiante a hacer planes para su futuro. Esto puede incluir ayuda para hacer lo siguiente:

- Participar en actividades de exploración laboral.
- Aprender hábitos, actitudes y comportamientos para el trabajo.
- Aprender destrezas para la vida adulta, incluida la autodefensa.
- Participar en experiencias de trabajo comunitario.
- Aprender sobre sus fortalezas, intereses y destrezas para el trabajo y la vida adulta.
- Identificar objetivos de trabajo y para la vida adulta.
- Explorar opciones de capacitación postsecundaria.

Doy permiso a la escuela antes nombrada para divulgar y permitir a VR el acceso electrónico a todos los registros sobre el alumno. Estos registros pueden incluir los siguientes, y otros.

- Resumen de desempeño.
- [Programa de educación individualizado \(IEP\)](#).
- Evaluaciones e informes psicológicos.
- Plan de acomodamiento 504.
- Información y registros de experiencia laboral.
- Calificaciones escolares e informes de progreso.
- Información sobre exploración de carreras.

Declaro que la información y las respuestas que proporciono en este formulario son verdaderas, completas y precisas. Doy mi consentimiento para que VR de Oregón intercambie información con el personal autorizado de la escuela y con personal no escolar autorizado, como mentores y especialistas en tecnología asistencial, y facilitadores de la red de transición. Además, VR puede intercambiar información con las siguientes personas, programas o agencias que atienden a mi hijo:

VR de Oregón no divulgará los registros educativos que reciba de la escuela a ninguna otra persona, programa o agencia sin mi consentimiento por escrito, a menos que así lo exija la ley. Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento con solo dar a VR una declaración firmada y fechada. En cualquier caso, mi consentimiento terminará un año a partir de la fecha en que el estudiante deje de recibir los servicios de VR.

Firma del padre o tutor:	Parentesco con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre/madre
Fecha:	<input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Hermano/a
	<input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tío/Tía <input type="checkbox"/> Primo/a <input type="checkbox"/> Tutor
	<input type="checkbox"/> Cuidador profesional <input type="checkbox"/> Otro, por favor indique:
Firma del estudiante:	Fecha:

Llene este formulario y envíelo por uno de los siguientes métodos:

- Correo electrónico: pre.ets@dhsosha.state.or.us
- Fax: 503-945-5025

Un miembro del personal de VR o de la escuela se comunicará con usted sobre su solicitud.



Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Llame a la oficina de Rehabilitación Vocacional al 503-945-5880 o escriba a pre.ets@dhsosha.state.or.us. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión o puede marcar 711.

SP DHS 1723 (01/18)