



**DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO DEL CONDADO DE THURSTON / MASON**  
**Solicitud para Cimientos para el empleo / De la escuela al trabajo**



<b>Información del solicitante</b>			
Nombre del estudiante		¿Qué programa solicita? <input type="checkbox"/> Cimientos para el empleo <input type="checkbox"/> De la escuela al trabajo	
¿Tiene tutor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro En caso afirmativo, escriba el nombre:		Condado <input type="checkbox"/> Thurston <input type="checkbox"/> Mason	Fecha de nacimiento
Número de teléfono del estudiante, si corresponde		Correo electrónico personal del estudiante, si corresponde	
Domicilio postal del estudiante (incluyendo ciudad, estado y código postal)			
Idioma que habla	¿Le gustaría contar con un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Utiliza el lenguaje de señas estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Información escolar</b>			
¿Actualmente asiste a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Escuela / Distrito	
¿Cuál es su último año de estudios?		Nombre del docente	
<b>Información de contacto de los padres / tutores</b>			
Nombre del (de los) padre(s) / tutor(es)		Número(s) de teléfono (indique si es celular)	
Correo(s) electrónico(s)			
¿Cómo prefiere que nos pongamos en contacto con usted? <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico* <i>*Tenga en cuenta que es posible que se le envíe un correo electrónico encriptado si el correo electrónico contiene el nombre del estudiante o información personal.</i>			
<b>Información sobre servicios</b>			
	Sí	No	No estoy seguro
¿Es usted cliente de Developmental Disabilities Administration (Administración de Discapacidades del Desarrollo, DDA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha presentado su solicitud a Division of Vocational Rehabilitation (División de Rehabilitación Vocacional, DVR)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibe Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI) / Medicaid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibe prestaciones de la Seguridad Social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vez una planificación de prestaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le gustaría recibir ayuda para solicitar alguna de estas prestaciones? En caso afirmativo, ¿cuáles?	<input type="checkbox"/> DDA	<input type="checkbox"/> DVR	<input type="checkbox"/> SSI/Medicaid

## Acuse de recibo

- El estudiante cumple con todos los requisitos de elegibilidad:
  - Ser elegible para los servicios de Developmental Disabilities Administration (Administración de Discapacidades del Desarrollo, DDA).
  - Tener 19-20 años para Cimientos para el empleo o 20-21 años para De la escuela al trabajo.
  - Estar inscrito en un distrito escolar del condado de Thurston / Mason. **Nota: El estudiante debe permanecer inscrito en la escuela durante todo el programa.**
  - **Estar comprometido a encontrar un trabajo antes de terminar el último año de estudios.**
  - Haber obtenido o estar dispuesto a solicitar:
    - Prestaciones de SSI / Medicaid
    - Documento de identificación del Estado de Washington
    - Servicios de Division of Vocational Rehabilitation (División de Rehabilitación Vocacional, DVR)

Iniciales \_\_\_\_\_

- Se anima a los estudiantes a entrevistar a un mínimo de dos proveedores de apoyo al empleo y a **seleccionar un proveedor lo antes posible en el proceso de solicitud** para garantizar que los servicios se prestan de manera oportuna. Se trata de una relación de trabajo que continuará durante todo el tiempo que el estudiante participe en el(los) programa(s) de Cimientos para el empleo y/o De la escuela al trabajo, así que asegúrese de que el proveedor se adapta a sus necesidades.

Iniciales \_\_\_\_\_

- **Este programa requiere un enfoque de equipo.** Los miembros clave del equipo son: el estudiante, el padre / tutor, el especialista de apoyo al empleo, el docente / personal de la escuela, el consejero de DVR, el administrador de casos de DDA y el Coordinador de Transición de la Escuela Secundaria del Condado. **Se espera que el equipo se reúna aproximadamente cuatro veces durante el año, o según sea necesario, y que todos los miembros del equipo asistan.**

Iniciales \_\_\_\_\_

- Se espera que los estudiantes **desarrollen un plan de transporte confiable**, fuera del transporte escolar, para llegar a su trabajo a tiempo, ya que esto será necesario una vez que los servicios escolares se hayan completado. Las opciones posibles para el transporte son familia / amigos, autobús de la comunidad, servicio Dial-a-Ride / Dial-a-Lift.

Iniciales \_\_\_\_\_

- Los horarios de trabajo pueden incluir horas nocturnas y/o en fines de semana. Se puede esperar que los estudiantes vayan a trabajar incluso si hay un cierre de la escuela debido al clima, vacaciones, salida anticipada, etc. **Los estudiantes deben dar prioridad al trabajo y programar las actividades escolares y recreativas en función de su horario laboral.** Los estudiantes y su equipo de apoyo deben comunicarse directamente con los empleadores si están **enfermos, llegan tarde o desean solicitar tiempo libre para vacaciones o eventos especiales.** Informe a su equipo con antelación sobre las vacaciones prolongadas.

Iniciales \_\_\_\_\_

- **Los programas Cimientos para el empleo y De la escuela al trabajo no garantizan que todos los estudiantes salgan de la escuela con un trabajo.** Estos programas ofrecen la oportunidad de trabajar para lograr este objetivo mientras el alumno sigue en la escuela. Incluso si un estudiante no sale de la escuela con un trabajo, este habrá adquirido habilidades laborales que le ayudarán en la obtención y el logro de sus objetivos de empleo.

Iniciales \_\_\_\_\_

- **Este programa no garantiza la disponibilidad de financiación a largo plazo.** Discapacidades del Desarrollo del condado de Thurston / Mason financia el programa utilizando fondos limitados del condado solo hasta el final del año escolar. DVR es un socio de financiación para De la escuela al trabajo; sin embargo, no proporciona fondos para el apoyo a largo plazo. Este apoyo puede ser fundamental para mantener el empleo y esencial para la construcción de una trayectoria profesional. **Cada estudiante y/o su padre / tutor está obligado a conocer sus opciones de financiación a largo plazo**, las cuales son financiadas por las exenciones de la DDA.

Iniciales \_\_\_\_\_

## Certificación y descargo de responsabilidad

- Certifico que la información provista es exacta a mi leal saber y entender. También soy consciente de que la información que he proporcionado está sujeta a revisión y verificación, y que es probable que tenga que aportar documentación en apoyo a esta solicitud. Autorizo la divulgación de esta información con fines de verificación y entiendo que se utilizará para determinar la elegibilidad. Si lo solicito, se me proporcionará información sobre la igualdad de oportunidades y los derechos de apelación, así como la Privacy Act of 1974 (Ley de Privacidad de 1974).
- Autorizo al condado a ayudar a mi estudiante con los apoyos y actividades de Cimientos para el empleo / De la escuela al trabajo.
- Autorizo que mi estudiante participe completamente en actividades educativas, de capacitación y de asesoramiento relacionadas con el empleo para Cimientos para el empleo / De la escuela al trabajo proporcionadas o ajustadas por el condado.

**He leído la información sobre el programa al que estoy solicitando. Al firmar esta solicitud, certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender; asimismo, acepto las responsabilidades del estudiante y del padre / tutor.**

\_\_\_\_\_  
Estudiante (Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre / Tutor (Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Discapacidades del Desarrollo del condado de Thurston / Mason

### Consentimiento para compartir información



Discapacidades del Desarrollo del condado de Thurston / Mason trabaja con Developmental Disabilities Administration (Administración de Discapacidades del Desarrollo, DDA), Division of Vocational Rehabilitation (División de Rehabilitación Vocacional, DVR) y varias organizaciones locales para proporcionar empleo y otros servicios de apoyo a los adultos con discapacidades del desarrollo y a sus familiares. Al firmar este formulario, usted autoriza que el condado, las agencias y las personas que se mencionan a continuación compartan información para que podamos trabajar en equipo y ayudarle a alcanzar sus metas.

Información del estudiante			
Nombre	Padre / Tutor		Fecha
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Correo electrónico	

#### Consentimiento / Autorización

Doy mi consentimiento para que se comparta información confidencial sobre mí con el propósito de ayudarme con la planificación, coordinación de servicios e identificación de recursos. Además, autorizo al personal de Discapacidades del Desarrollo del condado de Thurston / Mason y a las agencias, organizaciones o personas indicadas a continuación para que utilicen mi información confidencial y la divulguen entre sí para estos fines. La información puede ser compartida por transferencia de datos por computadora, correo, entrega en mano o verbalmente.

Divisiones y Administraciones de DSHS, incluidas de manera enunciativa mas no limitativa, Developmental Disabilities Administration (Administración de Discapacidades del Desarrollo, DDA), Division of Vocational Rehabilitation (División de Rehabilitación Vocacional, DVR), la Administración de Niños, los Servicios Financieros, Office of the Deaf and Hard of Hearing (Oficina para Personas Sordas y con Discapacidad Auditiva, ODHH), Department of Services for the Blind (Departamento de Servicios para Invidentes, DSB), etc.

Distrito escolar (escribir): \_\_\_\_\_

Nombre(s) del(de los) padre(s) / tutor(es) (escribir): \_\_\_\_\_

Proveedor de servicios contratado por el condado (seleccione uno):

Centerforce     EFI     Morningside     Vadis

Otro: \_\_\_\_\_

Autorizo y doy mi consentimiento para que se compartan los siguientes registros e información (marque según corresponda):

Nombre, domicilio y número de teléfono                       Información relativa a mi experiencia educativa

Información pertinente para la capacitación o el empleo                       Otro: \_\_\_\_\_

**NOTA: Si sus registros confidenciales incluyen alguno de los siguientes datos, deberá cumplimentar también esta sección de "Registros especiales" para permitir su divulgación.**

**Registros especiales:** Autorizo la divulgación de los siguientes registros (marque según corresponda):

Resultados de pruebas, diagnósticos o registros de tratamientos de HIV/AIDS y STD (RCW 70.24.105)

Registros de salud mental (RCW 71.05.620), incluyendo: \_\_\_\_\_

Registros de Chemical Dependency (Dependencia Química, CD) (42 CFR Parte 2), incluyendo: \_\_\_\_\_

Protección de la Comunidad

**Aviso para quienes reciben información:** Si estos registros contienen información sobre HIV, STD o abuso de alcohol o drogas, usted *no* puede divulgar más esa información conforme a la ley federal y estatal sin el permiso específico del sujeto y cumpliendo con los requisitos específicos.

Este consentimiento será válido hasta que deje de ser necesario o hasta que \_\_\_\_\_. Entiendo que puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero eso no afectará a la información ya compartida. Una copia de este formulario es válida para autorizar compartir información.

Firma del estudiante	Fecha
----------------------	-------

Tutor / Representante (si corresponde)

Firma \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Yo soy el  Tutor legal     Representante del beneficiario     Otro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Envíe este formulario firmado a:  
 Thurston/Mason County Developmental Disabilities  
 412 Lilly Road NE  
 Olympia, WA 98506

*o por correo electrónico o fax a:*

HST.Coord@co.thurston.wa.us  
 Fax protegido: (833) 499-1806  
 Teléfono: (360) 867-2518