



LIFE. YOUR WAY.

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

Director Andrew Reese

One Independence Square 250
E Street, SW, Washington, DC 20024
202.730.1700 | www.dds.dc.gov

Hola:

Le agradecemos por la consulta que nos envió recientemente sobre la obtención de servicios del Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades y la Administración de Servicios de Rehabilitación (DDS/RSA, en inglés). DDS/RSA brinda servicios de transición para jóvenes, que incluyen Servicios de Transición Previos al Empleo (Pre-ETS, en inglés) y Servicios de Rehabilitación Vocacional (VR, en inglés) para estudiantes de 14 a 22 años del DC con discapacidades. Se encuentran adjuntos:

- **Formulario de consentimiento para los servicios de transición previos al empleo (Pre-ETS) (página 2)**
- **Formulario de referencia de rehabilitación vocacional (páginas 3-5).**

Complete el formulario adjunto de consentimiento para los Pre-ETS. Si también desea solicitar los servicios de VR, continúe en la página 3 y complete el formulario de referencia de VR. Un formulario de referencia de VR completo expresará su interés por recibir los servicios de VR por parte de DDS/RSA. Si necesita ayuda, comuníquese con **Beverly Cummings** o **Tania Benton** al **202-442-8675** / RSA.Transition@dc.gov.

Además del formulario de referencia de VR, DDS/RSA solicitará copias de los siguientes documentos a todas las personas que quieren solicitar los servicios de VR:

- **Evaluación psicológica (se debe haber completado dentro de los últimos tres años)**
- **Comprobante de inscripción escolar (expediente académico oficial, boletín de calificaciones)**
- **Identificación con foto emitida por el gobierno (DC One Card, licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal)**
- **Tarjeta del seguro social**
- **Documentación de soporte:** registros escolares (IEP/Plan 504), registros médicos o informe de historial social que demuestre la presencia de una discapacidad diagnosticada médicamente.

Si necesita ayuda para recopilar cualquiera de los registros académicos requeridos o la documentación de soporte, comuníquese con su Agencia Local de Educación o con el Coordinador de Educación Especial de su escuela. Los formularios de consentimiento para los Pre-ETS y/o los formularios de referencia de VR completados deben escanearse y enviarse al correo electrónico RSA.Transition@dc.gov. **No envíe** ningún documento por correo. Se pueden traer copias de la documentación original a la entrevista inicial de admisión de su escuela. La admisión se programa una vez que se recibe y se revisa el formulario completo de referencia de VR.

Nos complace estar listos, dispuestos y orgullosos de asistirle para alcanzar sus metas laborales. Le agradecemos su interés en el Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades.

Atentamente,



LIFE. YOUR WAY.

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

Director Andrew Reese

One Independence Square 250
E Street, SW, Washington, DC 20024
202.730.1700 | www.dds.dc.gov

/s/ Angela M. Spinella (firma electrónica)

Angela M. Spinella
Administradora del programa
Administración de Servicios de Rehabilitación



LIFE. YOUR WAY.

Director Andrew Reese

One Independence Square 250
E Street, SW, Washington, DC 20024
202.730.1700 | www.dds.dc.gov

Formulario de consentimiento para los servicios de transición previos al empleo (Pre-ETS)

Descripción del programa

El Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades y la Administración de Servicios de Rehabilitación (DDS/RSA), en colaboración con las Agencias Locales de Educación (LEA, en inglés) en el Distrito de Columbia, brindan oportunidades para que los estudiantes con discapacidades participen en los servicios de transición de previos al empleo (Pre-ETS), como se define en la Ley de Innovación y Oportunidades Laborales (WIOA, en inglés), a través de: (1) asesoramiento sobre exploración laboral, (2) asesoramiento sobre oportunidades de inscripción en programas integrales de transición o educación postsecundaria, (3) formación en preparación en el lugar de trabajo para desarrollar aptitudes sociales y habilidades para la vida independiente, (4) experiencias de aprendizaje basadas en el trabajo e (5) instrucción en autodefensa, que puede incluir tutoría entre pares. Estos servicios están disponibles para todos los estudiantes en transición con discapacidades (de 14 a 21 años), lo que incluye a todos los estudiantes con un Plan Educativo Individualizado (IEP, en inglés) o elegibles para un Plan 504.

Información de referencia del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Número identificación única del estudiante: _____

Número del Seguro Social: _____ - _____ - _____ Número de teléfono: _____

¿Tiene alguna discapacidad? SÍ NO

¿Se encuentra en un IEP? SÍ NO ¿Se encuentra en un plan 504? SÍ NO

Raza/Origen étnico: Marque todo lo que corresponda

Blanco Afroamericano Indio americano o nativo(a) de Alaska

Asiático Nativo(a) hawaiano o de las islas del Pacífico Hispano o latino

° Entiendo que, al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el(la) estudiante mencionado(a) anteriormente participe en los servicios de transición previos al empleo (Pre-ETS) de DDS/RSA.

° Entiendo que este formulario de consentimiento para los Pre-ETS no es una solicitud/referencia para los servicios de rehabilitación vocacional (VR) de DDS/RSA.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____
(si se requiere legalmente)

Si el(la) estudiante está interesado(a) en solicitar los servicios de VR de DDS/RSA, complete el siguiente formulario de referencia de VR.



FORMULARIO DE REFERENCIA DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL (VR)

Fecha actual: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del
segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____ Distrito: _____

Número de teléfono: (____) _____ Número alternativo: (_) _____

Correo electrónico: _____

Número del Seguro Social: _____ - _____ - _____ Sexo: Masculino
Femenino

Fecha de nacimiento: Mes __ Día _____ Año _____ Edad actual: _____

¿Está trabajando actualmente? Sí No

Nombre de la escuela: _____

¿Cuál es su discapacidad? _____

¿Necesita adaptaciones especiales para las citas? Sí No

Si respondió Sí, ¿cuáles? _____

¿Está recibiendo actualmente **alguno** de los siguientes beneficios? Marque todo lo que
corresponda:

SSI/SSDI Desempleo Ayuda provisional para personas con
discapacidades (IDA, en inglés)

Cupones de alimentos Beneficios para sobrevivientes
Manutención infantil

Otros: _____

Fuente de referencia (Nombre de escuela/sitio): _____

Dirección de referencia: _____

Nombre y número de teléfono de referencia: _____ /Tel.: () _____

Si su idioma de preferencia no es el inglés, márkelo a continuación: Español ASL Otro

** Este formulario solo tiene propósitos de referencia. No se requiere información adicional, pero es útil para acelerar la determinación de su elegibilidad. Este documento no es un pedido ni una solicitud para servicios de rehabilitación vocacional. Si es menor de 18 años, un padre/madre/tutor debe firmar.



LIFE. YOUR WAY.

Director Andrew Reese

One Independence Square 250
E Street, SW, Washington, DC 20024
202.730.1700 | www.dds.dc.gov

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Inicial** _____
del segundo nombre: _____

Número del Seguro Social: _____

La persona mencionada anteriormente ha sido referida al Programa de Rehabilitación Vocacional del Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades del DC. Entiendo que es posible que se requiera una evaluación integral para determinar la elegibilidad y los servicios necesarios para lograr una meta vocacional. Mi firma autoriza al Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades del DC a realizar dicha evaluación, que incluye evaluaciones médicas, de salud mental, psicológicas y/o vocacionales.

También se otorga autorización al Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades del DC, la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA) y la Administración de Servicios de Rehabilitación (RSA) para divulgar y compartir información sobre la persona mencionada anteriormente con el fin de determinar la elegibilidad para los servicios y para que las dos administraciones puedan coordinar eficazmente cualquier servicio en curso que la persona pueda recibir.

Entiendo que otorgar este consentimiento y la renuncia a la confidencialidad para los propósitos mencionados anteriormente es voluntario de mi parte y puede ser revocado en cualquier momento.

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



LISTA DE VERIFICACIÓN (PARA QUE LA FUENTE DE REFERENCIA LA COMPLETE)

Información adicional del estudiante

El estudiante se encuentra bajo cuidado tutelar: Sí ___ No ___ El(La) estudiante recibe ayuda del juzgado: Sí ___ No ___

Si la respuesta es Sí a cualquiera de las preguntas, brinde información específica del programa a continuación:

Nombre del programa: _____

Persona de contacto: _____

Cargo: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

La documentación requerida para determinar la elegibilidad para los servicios de DDS/RSA se enumera a continuación. Indique si se incluye alguno de los siguientes con el formulario de referencia de VR.

SÍ	NO	N.A.	Tipo de información	Ejemplos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informes actuales y relevantes que describen la discapacidad, la capacidad funcional, las habilidades para la vida independiente y las necesidades de apoyo del estudiante	Exámenes médicos o de salud; evaluación de discapacidad de un especialista autorizado; evaluación psicológica/psiquiátrica.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informes de planificación de la transición y servicios para el/la estudiante	IEP actual o plan 504; registros de reuniones de planificación de la transición.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desarrollo profesional	Evaluaciones/informes vocacionales; evaluaciones del supervisor de trabajo; historial de experiencia laboral previa; informes de progreso de trabajo-estudio; currículum vitae.



LIFE. YOUR WAY.

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

Director Andrew Reese

One Independence Square 250
E Street, SW, Washington, DC 20024
202.730.1700 | www.dds.dc.gov

☐	☐	☐	Logros académicos	Evaluaciones educativas; expediente actual; boletines de calificaciones; pruebas de logros académicos; informes de preparación para las aptitudes de estudio universitario.
☐	☐	☐	Patrón de asistencia	Informe de asistencia.

Notas especiales: _____

Las referencias completadas se deben escanear/enviar por correo electrónico a RSA.Transtion@dc.gov. Gracias.