



GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
DEPARTMENT ON DISABILITY SERVICES
REHABILITATION SERVICES ADMINISTRATION

Saludos,

Gracias por su consulta reciente sobre cómo recibir servicios del Departamento de Servicios para Discapacitados, Administración de Servicios de Rehabilitación (DDS/RSA, por sus siglas en inglés). DDS/RSA proporciona servicios de transición para estudiantes del D.C. con discapacidades, de entre 14 y 22 años de edad. Se adjunta el Formulario de Referencia de la RSA para Servicios de Rehabilitación Vocacional, que expresará su interés en buscar servicios de rehabilitación vocacional. Por favor complete esta solicitud lo mejor que pueda. Si necesita ayuda, póngase en contacto con: **Beverly Cummings** o **Tania Benton** al **202-442-8675**.

Además del Formulario de Referencia, DDS/RSA solicitará copias de los siguientes documentos para todas las personas que deseen solicitar servicios:

- **Evaluación psicológica** (Debe ser completada para los últimos 3 años)
- **Comprobante de matrícula escolar** (Certificado oficial de la escuela, boleta de calificaciones)
- **Identificación oficial con fotografía** (tarjeta DC One Card, Licencia de conducir, Tarjeta de identificación del estado)
- **Tarjeta del seguro social**
- **Documentación de soporte:** Registros escolares (plan IEP/504), registros médicos o informe de historial social que demuestren la presencia de una discapacidad diagnosticada médicamente

Si necesita ayuda para recopilar cualquiera de los registros escolares requeridos o la documentación de soporte, comuníquese con su Agencia de Educación Local o con el Coordinador de Educación Especial de su escuela.

El formulario de referencias completado debe ser escaneado/enviado por correo electrónico a RSA.Transition@dc.gov. **No envíe** ningún documento por correo. Se pueden traer copias de la documentación original a su entrevista de admisión inicial en su escuela. La admisión se programa al recibir y revisar el Formulario de Referencia.

Esta agencia está orgullosa, lista y dispuesta a ayudarlo a alcanzar sus metas de empleo. Gracias por su interés en el Departamento de Servicios para Discapacitados.

Atentamente,

Willina Robson (signed electronically)

Willina Robson
Director de Programas
Administración de Servicios de Rehabilitación



GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
DEPARTMENT ON DISABILITY SERVICES
REHABILITATION SERVICES ADMINISTRATION

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL DDS

Primera Cita: _____ Estado cerrado: _____
Segunda Cita: _____ Fecha: _____
Tercera Cita: _____ RC: _____

FORMULARIO DE REFERENCIA**

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código postal: _____ Distrito: _____

Número de teléfono: (____) _____ Número secundario (____) _____

Correo electrónico: _____

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

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

¿Trabaja actualmente? Sí No

Nombre de Escuela: _____

¿Cuál es su discapacidad? _____

¿Necesita acomodaciones especiales para citas? Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿cuáles? _____

Recibe actualmente **alguno** de los siguientes beneficios? Por favor seleccione todas los que correspondan:

SSI/SSDI Desempleo Ayuda provisoria por discapacidad (IDA, por sus siglas en inglés)

Cupones de alimentos Beneficios del sobreviviente Manutención de los hijos

Otros: _____

Fuente de referencia: _____

Dirección de referencia: _____

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

Si el inglés no es su idioma de preferencia, lo es: Español ASL Otro _____

**Este formulario es sólo para fines de referencia. No se requiere información adicional, pero es útil para acelerar su elegibilidad. Esto no es una solicitud ni un pedido de servicios de rehabilitación vocacional. Si es menor de 18 años de edad, debe firmar el padre/madre/tutor.

Firma de padre/madre/tutor _____ **Fecha** _____



GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
DEPARTMENT ON DISABILITY SERVICES
REHABILITATION SERVICES ADMINISTRATION

RENUNCIA A LA CONFIDENCIALIDAD

Apellido:

Nombre:

Segundo Nombre:

Número de Seguro Social (SSN):

La persona nombrada anteriormente ha sido referida al Programa de Rehabilitación Vocacional del Departamento de Servicios para Discapacitados del D.C. Entiendo que para determinar la elegibilidad y los servicios necesarios para lograr una meta vocacional, podrá requerirse una evaluación integral. Mi firma autoriza al Departamento de Servicios para Discapacitados del D.C. a realizar dicha evaluación, incluidas las evaluaciones médicas, de salud mental, psicológicas y/o vocacionales.

También se otorga autorización al Departamento de Servicios para Discapacitados del D.C., Administración de las Discapacidades del Desarrollo (DDA, por sus siglas en inglés) y Administración de Servicios de Rehabilitación (RSA, por sus siglas en inglés) para divulgar y compartir información sobre la persona nombrada anteriormente para determinar la elegibilidad para servicios, y para que las dos administraciones coordinen de manera efectiva cualquier servicio actual que la persona pueda recibir.

Entiendo que el otorgamiento de este consentimiento y la renuncia a la confidencialidad para el/los propósito(s) mencionado(s) anteriormente son voluntarios de mi parte y pueden ser revocados en cualquier momento.

Firma del cliente

Fecha

Firma de padre/madre/tutor

Fecha



GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
DEPARTMENT ON DISABILITY SERVICES
REHABILITATION SERVICES ADMINISTRATION

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA FUENTE DE REFERENCIA A COMPLETAR

Información adicional del estudiante

¿Está el estudiante bajo cuidados de acogida temporal? Sí ____ No ____

¿Está el estudiante patrocinado por la corte?: Sí ___ No__

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

Nombre del Programa: _____

Persona de contacto: _____

Título: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

La documentación requerida para determinar la elegibilidad para los servicios de DDS/RSA se detalla a continuación. Indique si alguno de los siguientes se incluye con el Formulario de Referencia.

SÍ	NO	N/C	Tipo de información	Ejemplos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informes actuales y relevantes que describan la discapacidad, capacidad funcional, habilidades para la vida independiente y necesidades de apoyo estudiantil	Evaluación médica y/o de salud; Evaluación de discapacidad del Especialista con licencia; Evaluación psicológica/psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planificación de la transición e informes de servicios estudiantiles.	IEP o plan 504 actual; Registros de reuniones de planificación de transición;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desarrollo de carrera	Evaluaciones/informes vocacionales; Evaluaciones de supervisor de trabajo; Historia de la experiencia laboral previa; Informes de progreso de trabajo-estudio; Currículum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logros académicos	Evaluaciones educativas; Transcripción actual; Boletas de calificaciones; Pruebas de logro académico; Informes de habilidades para el estudio universitario preparación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patrón de asistencia	Informe de asistencia

Notas especiales: _____

Las referencias completadas deben escanearse/enviarse por correo electrónico a RSA.Transition@dc.gov. ¡Gracias!