

Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elige no identificar	
Raza (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Indígena americano of Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de hawái o de otras islas del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elige no identificar	
El alumno desea obtener más información sobre los siguientes Pre-ETS: <input type="checkbox"/> Asesoramiento para la exploración de trabajos <input type="checkbox"/> Experiencias de aprendizaje basadas en el trabajo <input type="checkbox"/> Capacitación de preparación para el lugar de trabajo para desarrollar destrezas sociales y de vida independiente <input type="checkbox"/> Instrucción en representación propia, incluida instrucción en planificación centrada en la persona y mentoría de pares <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre oportunidades para la inscripción en programas educativos integrales de transición/postsecundarios	
Verificación de una discapacidad (se puede necesitar y solicitar la documentación para la provisión de servicios): <input type="checkbox"/> Alumno de escuela secundaria (high school) con un IEP <input type="checkbox"/> Alumno de escuela secundaria/preparatoria (high school) con una discapacidad pero sin un plan 504 o IEP <input type="checkbox"/> Alumno de escuela secundaria/preparatoria (high school) con una plan 504 <input type="checkbox"/> Alumno postsecundario con una discapacidad	
Nombre de la escuela:	Nombre del distrito:

Sección que debe ser completada por el alumno o tutor legal	
La firma que figura abajo confirma el permiso y/o la intención de participar en los servicios de Pre-ETS.	
Nombre del tutor (si tiene menos de 18 o es asignado por el tribunal)	Teléfono del tutor
Dirección del tutor (Calle, ciudad, estado y código postal)	
Dirección de correo electrónico del tutor	
Firma del alumno (o firma del tutor si tiene menos de 18 años o fue designado por el tribunal)	Fecha de firma

Section to be completed by referring educational agency- if applicable (Sección que debe ser completada por la agencia educativa que hace la derivación, si corresponde)

Educational Agency Name

Educational Agency Phone

As a representative of the referring educational agency identified above, I certify the following:

1. All the information and statements provided in Section I are true and correct to the best of my knowledge.
2. The existence and availability of documentation supporting items checked in the verification of disability section.

Representative Name (Please Print)

Representative Signature

Date Signed

DWD es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con esta información, marque 7-1-1 para comunicarse con Wisconsin Relay Service. Sírvase comunicarse con la Division of Vocational Rehabilitation al (800) 442-3477 para pedir información en un formato alternativo, incluida la traducción a otro idioma.

DVR-18207-S (R.08/2022) (T. 07/2019) | Division of Vocational Rehabilitation: Socio orgulloso de la Red estadounidense de centros de trabajo (American Job Center network)