



Pedido potencialmente elegible (PE, Potentially Eligible) POTENTIALLY ELIGIBLE (PE) REQUEST

La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes]. La provisión de su Social Security Number (SSN) es voluntaria, pero no proporcionarlo podría causar una demora en el procesamiento de la información.

Nombre legal		Inicial del segundo nombre		Apellido legal	
Número de seguro social - -		Fecha de nacimiento			
Dirección o casilla de correo					
Ciudad		Estado	Código postal		Condado de residencia
¿En qué condado de Wisconsin le gustaría recibir servicios?					
Dirección de correo electrónico					
Teléfono			Teléfono celular		
¿Le da permiso a DVR para que deje un mensaje en los números de teléfono indicados arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Cuál es su método de contacto preferido? (sólo seleccione uno) <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Otro (especificar)					
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elige no identificar					
Raza (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico					
Etnicidad – ¿Es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Necesidades de facilidades/Idioma extranjero (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Intérprete de ASL <input type="checkbox"/> Comunicaciones grabadas en audio <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="checkbox"/> Español					
Comentarios:					

El alumno desea obtener más información sobre los siguientes Pre-ETS:

- Asesoramiento para la exploración de trabajos
- Experiencias de aprendizaje basadas en el trabajo
- Capacitación de preparación para el lugar de trabajo para desarrollar destrezas sociales y de vida independiente
- Instrucción en representación propia, incluida instrucción en planificación centrada en la persona y mentoría de pares
- 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):

- Alumno de escuela secundaria (high school) con un IEP
- Alumno de escuela secundaria/preparatoria (high school) con una discapacidad pero sin un plan 504 o IEP
- Alumno de escuela secundaria/preparatoria (high school) con una plan 504
- 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. 07/2017) | Division of Vocational Rehabilitation: Socio orgulloso de la Red estadounidense de centros de trabajo (American Job Center network)