



Servicios de Empleo Juvenil

Aplicación completa en tinta

Apellido		Nombre	Inicial media
Apellido (otro)	Número de Seguro Social		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> no identifica
Opción Cultural	Origen étnico		Fecha de nacimiento (mes/día/año)
<input type="checkbox"/> Hispanos/Latinos <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> caucásico <input type="checkbox"/> indio americano o nativo de <input type="checkbox"/> hawaiano/pacífico <input type="checkbox"/> nativo de Alaska negro/afroamericano			
Número de teléfono			
Dirección de correo electrónico			
Dirección postal Calle/apartado postal ciudad, código postal estatal			
Nombre de la escuela		Grado	¿Estás inscrito actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un IEP, un plan 504 o una discapacidad médicamente documentada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha solicitado o está recibiendo servicios de DVR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Por favor, enumere a dos personas con las que podemos contactar en caso de una emergencia.

Nombre:	Nombre:
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Relación:	Relación:

Certifico que esta información es fiel a mi leal saber y entender. Sé que esta información será revisada y verificada y acepto proporcionar documentos para respaldar esta solicitud. Soy consciente de que si se me encuentra inelegible después de la inscripción, no se me permitirá continuar en el programa y seré responsable de reembolsar el costo de los servicios que recibo. Autorizo a ESD 112 a compartir esta información según sea necesario para determinar mi elegibilidad para el programa.

Al firmar a continuación, autorizo el intercambio de información y registros, incluyendo Educación Especial e IEP/504 con los distritos escolares locales, DSHS, ESD 112 y cualquier otra agencia asociada. Reconozco que al solicitar los servicios de ESD 112, estoy dando permiso para que el ESD 112 use mi Número de Seguro Social y los registros relacionados de acuerdo con sus políticas.

COMUNICADO PUBLICITARIO

SI _____ NO _____ DAR PERMISO PARA QUE MI (o la de mi hijo en el caso de un menor) foto (s) o video y nombre aparezcan en publicidad diseñada con el propósito de informar a las agencias administrativas federales, estatales y locales y a la comunidad sobre las actividades y programas de ESD 112.

X

Firma del solicitante

Fecha

X

Firma del padre o tutor (si el solicitante es menor de 18 años)

Fecha

Nombre del padre o tutor

Correo electrónico para padres o tutores

Número de teléfono del padre o tutor

ESD112/YES es un empleador/programa de igualdad de oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a pedido para las personas con discapacidades. Relevo Washington 711.

Estos servicios fueron desarrollados en asociación con el Departamento de Asuntos Sociales del Estado de Washington.

y Servicios de Salud, División de Rehabilitación Vocacion