

Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky
Consentimiento del padre/madre/tutor
para la solicitud

El objetivo de la Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR) es prestar servicios a las personas con discapacidad que reúnan los requisitos necesarios para prepararse, obtener y mantener un empleo. Los servicios que recibirá un hijo/menor tutelado elegible los decidirán el consejero, el hijo/menor tutelado y el padre/madre/tutor a través de una evaluación exhaustiva. Los tipos de servicios que se ofrecen pueden incluir la diagnosis, la evaluación vocacional, el asesoramiento y la orientación, la tecnología de readaptación, la capacitación y la ayuda a la colocación laboral. El monto de la ayuda para algunos servicios se basa en los recursos económicos de la familia o la persona.

, consejero de Rehabilitación Vocacional solicita permiso antes de hablar con su hijo/menor tutelado con respecto a la solicitud de servicios para determinar la elegibilidad. Si da su consentimiento, el consejero de Rehabilitación Vocacional desearía reunirse con su hijo/menor tutelado en una fecha por determinar. Se agradece y alienta la participación del padre/madre/tutor en caso de que decidan asistir a esta reunión. Si no se dispone de documentación actualizada sobre la discapacidad o las limitaciones funcionales, el consejero de Rehabilitación Vocacional solicitará la información en la reunión inicial al llenar la solicitud de servicios.

GARANTÍA DE NO DISCRIMINACIÓN

Entiendo que no se negarán servicios a mi hijo/menor tutelado únicamente por motivos de edad, raza, color, origen nacional, sexo, religión o tipo de discapacidad.

CONFIDENCIALIDAD Y DIVULGACIÓN

Entiendo que en el programa de Rehabilitación Vocacional toda la información personal que proporcione mi hijo/menor tutelado o sobre mi hijo/tutelado se mantendrá confidencial de conformidad con las regulaciones federales. También entiendo que dicha información personal solo se podrá divulgar con mi consentimiento informado por escrito o por mandato judicial. Autorizo la divulgación de la información médica, psicológica, educativa o de otro tipo de mi hijo/menor tutelado a la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky con el fin de determinar la elegibilidad para recibir servicios.

Entiendo que las copias de los correos electrónicos, faxes y mensajes de voz relacionados con el caso de mi hijo/menor tutelado se mantendrán como parte de su expediente del caso y que la Oficina de Rehabilitación Vocacional no puede garantizar la confidencialidad de los mensajes electrónicos que se transmiten.

1. INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES LEGALES

Nombre del padre/madre/tutor legal	Relación con el hijo
Permiso para comunicarse a través de correo electrónico.	
Autorizo a la OVR a utilizar el correo electrónico para comunicarse conmigo y/o con mi hijo/menor tutelado.	
No autorizo el uso del correo electrónico.	
En caso afirmativo, indique una dirección de correo electrónico:	

2. INFORMACIÓN HIJO / MENOR TUTELADO

Nombre del hijo				
Dirección				
Ciudad			Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha de nacimiento	Edad	Últimos 4 dígitos del NSS	SSI
¿A qué escuela asisten?				
¿Nivel de grado?	¿Tiene el alumno un Programa de Educación Individualizada (IEP) o un Plan 504?			

3. FIRMA

Por la presente solicito servicios de Rehabilitación Vocacional para mi hijo / menor tutelado. Comprendo que el empleo es el objetivo del programa de Rehabilitación Vocacional.



Firma del padre / madre / tutor legal

Fecha