

## Referido de MRC (Comisión de Rehabilitación de Massachusetts) para los Servicios de Transición Previos al Empleo

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Género: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
(Opcional)

Domicilio Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Marcar todo lo que corresponda) Voz / TDD / Fax / Móvil / Mensaje

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Institución Educativa (escuela secundaria/educación posterior a la escuela secundaria/programa de capacitación): \_\_\_\_\_  
 Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de graduación estimada: \_\_\_\_\_

Elegir una opción:  Estudiante con una discapacidad  PEI  Plan 504

Discapacidad y Limitaciones Funcionales:  
 (comentario) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Raza: marcar todo lo que corresponda:  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Afroamericano o Negro  
 Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico  Caucásico o Blanco

Etnia:  Hispano o Latino (de Cuba, México, Puerto Rico, América Central o América del Sur, u otras culturas u orígenes españoles más allá de la raza.)

Interés del Estudiante por los Servicios de Transición Previos al Empleo (marcar todo lo que corresponda):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consejería para la Búsqueda de Trabajo   | <input type="checkbox"/> Capacitación para Ingresar al Mercado Laboral         |
| <input type="checkbox"/> Experiencias de Aprendizaje Basadas en el Trabajo                                | <input type="checkbox"/> Enseñanza de Auto-Gestión / Asesoramiento entre Pares |
| <input type="checkbox"/> Consejería para la Matricula en el Programa de Educación Posterior al Secundario |  |

Yo solicito Servicios de Transición Previos al Empleo de la Comisión de Rehabilitación de Massachusetts (MRC) en base a los criterios que establecen que soy un/a estudiante con una discapacidad que me hace potencialmente elegible para los servicios de MRC. Entiendo que para obtener servicios adicionales a los Servicios de Transición Previos al Empleo, necesitaré completar un formulario y proporcionar a MRC la información necesaria para determinar mi elegibilidad. Yo comprendo que, como beneficiario/a de los servicios de MRC, tengo derecho a buscar servicios de asesoramiento por parte del Programa de Asistencia a Clientes (CAP, por sus siglas en inglés) a través del 1-800-478-1234 o <http://www.dlc-ma.org/>.

A los fines específicos de la participación en los Servicios de Transición Pre-Emplo, yo concedo mi permiso para que el proveedor de servicios intercambie información con las instituciones educativas, el personal autorizado y MRC para verificar que yo recibí los servicios.

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\* (Si el/la participante es menor de 18 años, o tiene un tutor legal, se requiere la firma correspondiente.) \*\***

Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Aclaración) (Firma)

\*\*\*Mediante mi firma a continuación, confirmo que el nombre del/la estudiante que aparece arriba padece una discapacidad según 34 CFR 361.5 (51) [Código de Regulaciones Federales de Estados Unidos]\*\*\*

Nombre de la persona que verifica: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
(Docente, Proveedor de Servicios)

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_