Soluciones de Empleo Juvenil (YES1)

Solicitud 2023

**Fechas del Programa**

*Julio del 9 al 20, 2023*

**Fecha de retorno de estas formas Febrero 27th, 2023:**

1. Solicitud
2. Carta de Presentación
3. Formulario de Consentimiento – firma por correo electronico esta bien

También puede encontrar esta solicitud en nuestro sitio web [www.dsb.wa.gov/](http://www.dsb.wa.gov/).

Para garantizar una complete accesibilidad, **las solicitudes para el programa YES1 deben descargarse en una computadora y completarse electrónicamente.** Si usted tiene algún problema para completar la solicitud electrónicamente, póngase en contacto con nosotros.

**CONSIDERACIONES IMPORTANTES SOBRE EL envío DE LA SOLICITUD**

**NO ENVÍE SOLICITUDES POR CORREO ELECTRÓNICO SIN UTILIZAR EL PROCESO DE CORREO ELECTRÓNICO SEGURO**. Esta solicitud contiene información confidencial sobre el solicitante. Una vez completada la solicitud, envíe un correo electrónico a Jen Scheel a: jennifer.scheel@dsb.wa.gov comunicándole que está usted está listo para enviar la solicitud. **Se le suministrarán instrucciones sobre cómo enviar la solicitud por correo electrónico seguro para proteger la información de su hijo.**

# Instrucciones para Usuarios Lectores de Pantalla

* Por favor, pulse ENTER para escribir en cada campo.
* Luego pulse TAB para ir al siguiente campo.
* Utilice la BARRA ESPACIADORA para marcar las casillas.

# Sección 1 Información del Solicitante

Nombre del Solicitante

|  |
| --- |
|  |

Fecha de Nacimiento

|  |
| --- |
|  |

Edad al 1ro de Julio, 2023

|  |
| --- |
|  |

Domicilio, incluyendo calle, ciudad, estado y código postal

|  |
| --- |
|  |

Dirección postal, si es diferente del Domicilio

|  |
| --- |
|  |

Dirección de Correo Electrónico del Solicitante

|  |
| --- |
|  |

Número de Teléfono Celular del Solicitante

|  |
| --- |
|  |

Pronombres Preferidos

|  |
| --- |
|  |

Nivel Escolar Actual

|  |
| --- |
|  |

# Sección 2 Información de Contacto

Padres/Tutores, Persona de Contacto en Caso de Emergencia, Profesores/Consejeros Escolares

## Padre/Madre o Tutor 1

Nombre

|  |
| --- |
|  |

Domicilio
Incluyendo calle, ciudad, estado, código postal

|  |
| --- |
|  |

Dirección Postal
si es diferente del Domicilio

|  |
| --- |
|  |

Mejor Número Telefónico de Contacto

|  |
| --- |
|  |

Número Telefónico Secundario

|  |
| --- |
|  |

Dirección de Correo Electrónico

|  |
| --- |
|  |

## Padre/Madre o Tutor 2

Nombre

|  |
| --- |
|  |

Domicilio
Incluyendo calle, ciudad, estado, código postal

|  |
| --- |
|  |

Dirección Postal
si es diferente del Domicilio

|  |
| --- |
|  |

Mejor Número Telefónico de Contacto

|  |
| --- |
|  |

Número Telefónico Secundario

|  |
| --- |
|  |

Dirección de Correo Electrónico

|  |
| --- |
|  |

## Contacto Alternativo en caso de Emergencia

Nombre

|  |
| --- |
|  |

Relación con el Solicitante

|  |
| --- |
|  |

Mejor Número Telefónico de Contacto

|  |
| --- |
|  |

Número Telefónico Secundario

|  |
| --- |
|  |

Dirección de Correo Electrónico

|  |
| --- |
|  |

## Información de Contacto TVI

Al finalizar YES1 se le enviará por correo electrónico a usted y a su familia un resumen del informe. Indique a continuación si también desea que este informe se le envíe a su Profesor de Alumnos con Deficiencia Visual (TSVI). En consecuencia, se le enviará a su profesor una copia del informe por correo electrónico.

**[ ]  Si**, Deseo que se envíe por correo electrónico una copia del informe de mi hijo al TSVI. ***Por favor, marque la casilla en el Formulario de Consentimiento para que DSB esté autorizado a enviar esta información.***

**[ ]  No**, por favor, no comparta el informe de mi hijo con nadie.

Nombre del Profesor de Alumnos con Deficiencia Visual

|  |
| --- |
|  |

Dirección de Correo Electrónico

|  |
| --- |
|  |

Mejor Número Telefónico de Contacto

|  |
| --- |
|  |

Nombre del Colegio

|  |
| --- |
|  |

# Sección 3 Discapacidad Visual y/o Discapacidades Adicionales

Anexe páginas adicionales al final de la solicitud si necesita más espacio.

Causa de la pérdida de visión

|  |
| --- |
|  |

Marque la casilla situada junto a la descripción legal de la visión del Solicitante.

[ ]  Baja visión [ ]  Legalmente invidente [ ]  Totalmente invidente

Describa cómo la visión del solicitante afecta sus actividades diarias. Por ejemplo, participar en las tareas domésticas, ayudar en la cocina, sacar la basura, elegir la ropa, **combinar colores, etc.**

|  |
| --- |
|  |

¿El solicitante es sensible al brillo intenso? [ ] Si [ ] No

¿El solicitante ve mejor con alto contraste? [ ] Si [ ] No

Describa el uso que hace el solicitante de las herramientas de baja visión, por ejemplo, un monocular, lupas.

|  |
| --- |
|  |

Describa los problemas relacionados con la velocidad, la fatiga y la precisión en las tareas visuales.

|  |
| --- |
|  |

Describa el nivel de independencia del solicitante para viajar...

¿En su vecindario?

|  |
| --- |
|  |

¿A la tienda?

|  |
| --- |
|  |

¿En la Escuela?

|  |
| --- |
|  |

¿El solicitante utiliza transporte público? [ ] Si [ ] No

Cuando viaja, ¿el solicitante utiliza un…? [ ] ¿Bastón? [ ] ¿Monocular?

Que es lo que usa el estudiante en la escuela para acceder el curriculo? Usa magnificacion /programa de leer, Braille.

|  |
| --- |
|  |

Como tiene Accesso el participante al internet? Usa Ipad, Android, or computadora?

|  |
| --- |
|  |

Describa las habilidades del participante sobre teclar en . Microsoft, word/excel, y email.

|  |
| --- |
|  |

Describa cualquier otra discapacidad adicional que pueda tener el solicitante y cómo afecta a sus actividades diarias.

|  |
| --- |
|  |

Describa las actividades recreativas y de tiempo libre del solicitante.

|  |
| --- |
|  |

¿El solicitante defiende sus necesidades? Por Favor Describa.

|  |
| --- |
|  |

# Sección 4 Información Medica/Condiciones de Salud Mental y Necesidades Especiales

Para asegurar que el solicitante tenga la mejor experiencia posible, por favor proporcione información completa a las siguientes preguntas. La falta de información o la información incompleta con respecto a una condición médica o de una condición emocional/conductual podría comprometer la participación del solicitante en el programa YES1. La información completa es vital para que el solicitante pueda participar plenamente, así como para su propia seguridad, y es esencial para que podamos trabajar de la forma más eficaz con cada participante. La no divulgación de esta información podría ser motivo de la cancelación de su participación en YES1.

Enumere una por una las condiciones médicas, incluidas las condiciones sociales/emocionales, y describa cómo afectan a las actividades diarias del solicitante. Si no tiene ninguna, indique N/A.

Condición Número 1

|  |
| --- |
|  |

Condición Número 2

|  |
| --- |
|  |

Condición Número 3

|  |
| --- |
|  |

¿El solicitante tiene alguna alergia? Sírvase enumerarlas.

Comida

|  |
| --- |
|  |

Medicamentos

|  |
| --- |
|  |

Otros (por ejemplo, a las abejas)

|  |
| --- |
|  |

¿El solicitante tiene alguna restricción dietética? Sírvase enumerarlas.

|  |
| --- |
|  |

Por favor complete la siguiente información para cada medicamento que el solicitante tome e indique su nivel de independencia para tomarlo: **Independiente**, no necesita ayuda; **Semi-independiente**, necesita algo de ayuda, o **Poca o ninguna independencia**, necesita mucha ayuda.

Si el solicitante no toma ningún medicamento, indíquelo con N/A.

Medicamento número uno

|  |
| --- |
|  |

Nivel de Independencia

[ ]  Independiente [ ]  Semi-independiente [ ]  Poca o ninguna independencia

Medicamento número dos

|  |
| --- |
|  |

Nivel de Independencia

[ ]  Independiente [ ]  Semi-independiente [ ]  Poca o ninguna independencia

Medicamento número tres

|  |
| --- |
|  |

Nivel de Independencia

[ ]  Independiente [ ]  Semi-independiente [ ]  Poca o ninguna independencia

Indique aquí cualquier medicamento adicional y el nivel de independencia del solicitante a la hora de tomarlo

|  |
| --- |
|  |

# Sección 5 Adaptaciones Especiales

Indique las adaptaciones o servicios especiales que necesitará el solicitante para participar en el programa YES 1 (por ejemplo, acceso en silla de ruedas, intérprete de lengua de signos, etc.).

|  |
| --- |
|  |

#  Sección 6 Habilidades para la Vida Diaria

La siguiente tabla consta de 2 columnas: una columna en la que se enumera el área de habilidad específica, y una columna en la que debe describir la habilidad del solicitante en esta área. Completar esta sección nos permite conocer las áreas de autocuidado en las que el solicitante es competente y las áreas en las que puede necesitar ayuda adicional. El nivel de independencia del solicitante en estas habilidades no es un factor determinante para su aceptación en el programa. Una buena descripción nos ayuda a comprender mejor su nivel de destreza.

| ÁREA DE HABILIDAD | DESCRIPCIóN |
| --- | --- |
| Se lava los dientes |       |
| Se lava y peina el pelo |       |
| Atiende las necesidades de higiene femenina |       |
| Se afeita |       |
| Lava su ropa |       |
| Sabe cuándo su ropa está sucia y hay que lavarla. |       |
| Viste de forma adecuada para la actividad |       |

Comentarios adicionales (adjunte páginas adicionales si es necesario)

|  |
| --- |
|  |

# Sección 7 Información Adicional Necesaria para Completar la Solicitud

[ ]  Carta de Presentación (El solicitante debe redactar la carta de presentación)

[ ]  Formulario de consentimiento (Firme por correo electronico es aceptable.)

Las evaluaciones de los padres/tutores nos ayudan a satisfacer mejor las necesidades de los solicitantes que asisten al programa. La solicitud no será revisada hasta que los formularios de solicitud de referencia sean debidamente completados y entregados a nosotros. El solicitante también tendrá que entregar un Formulario de Consentimiento y una carta de presentación para que la solicitud esté completa.

Todos los formularios se deben anexar al correo electrónico de solicitud. Si necesita copias adicionales de cualquier formulario, póngase en contacto con nosotros.