Soluciones de Empleo Juvenil (YES2)

2024 Visión Formulario de Solicitud de Referencia del Profesor

Con el fin de determinar tanto el nivel de competencia y para planificar un programa que sería más beneficioso para el solicitante, se requiere tener este formulario completado por el TVI y / o instructor de O & M que ha trabajado más estrechamente con el estudiante. El solicitante no tendrá una solicitud completa sin este formulario.

Para asegurar la accesibilidad, por favor llene el formulario electrónicamente y devuélvalo al solicitante o directamente a Janet George por correo electrónico: Janet.George@dsb.wa.gov

**El formulario debe enviarse a más tardar el 4 de febrero de 2024**

# Instrucciones para Lectores Usuarios de de Pantalla

* Pulse ENTER para escribir en cada campo.
* Luego TAB para ir al siguiente campo.
* Use la BARRA ESPACIADORA para marcar las casillas.

# Sección 1 Información de Contacto del Profesor de Visión

Nombre del Profesor de Visión que realiza la referencia

|  |
| --- |
|  |

Dirección de Email

|  |
| --- |
|  |

Número Telefónico

|  |
| --- |
|  |

Distrito Escolar

|  |
| --- |
|  |

# Sección 2 Información del Aplicante

Nombre del Aplicante

|  |
| --- |
|  |

Grado Escolar Actual

|  |
| --- |
|  |

Categoría de Visión:

[ ]  Baja visión

[ ]  Legalmente Invidente

[ ]  Totalmente Invidente

## Formato de Uso

Seleccione el que aplique

[ ]  Braille

[ ]  Letra Grande

[ ]  Letra Regular

[ ]  Electrónica/Audio

[ ]  Combinación

Si el Estudiante usa Fuente grande, ¿qué tamaño prefiere?

|  |
| --- |
|  |

## Uso de Tecnología

Por favor seleccione cualquier tecnología con la que tenga experiencia.

[ ]  Teclado

[ ]  Lupa de Mano

[ ]  Monocular

[ ]  CCTV

[ ]  Scanner

[ ]  Braille Note, u otro dispositivo para tomar notas

[ ]  iPhone/iPad

[ ]  Android teléfono/Tablet

[ ]  Computador Mac

[ ]  Computador PC

[ ]  JAWS

[ ]  Software de escaneado, como Kurzweil u OpenBook

[ ]  ZoomText u otro software de ampliación

[ ]  Microsoft Word

[ ]  Microsoft Excel

Por favor describa la competencia de uso del solicitante con los dispositivos seleccionados. ¿En qué trabajos utilizan el dispositivo?

|  |
| --- |
|  |

# Sección 3 Comentarios Adicionales

Por favor, incluya cualquier comentario adicional sobre el solicitante. Adjunte páginas adicionales, si lo considera necesario.

|  |
| --- |
|  |

# Sección 4 Firma

Se acepta la firma electrónica. Su nombre mecanografiado aquí contará como su firma.

Firmado por:

|  |
| --- |
|       |

Fecha:

|  |
| --- |
|  |

# Sección 1 Información de Contacto del Profesor de Orientación y Movilidad

*(Omita la sección 1 si el alumno recibe O&M de un profesor de visión con doble titulación)*

Nombre del Aplicante

|  |
| --- |
|  |

Nombre del Especialista en Orientación y Movilidad

|  |
| --- |
|  |

Dirección de Correo Electrónico

|  |
| --- |
|  |

Número Telefónico

|  |
| --- |
|  |

Distrito Escolar

|  |
| --- |
|  |

**Sección 2: Habilidades de Movilidad**

*Por favor califique a los alumnos en los siguientes articulos utilizando la escala 0-3 descrita a continuación:*

*0 = El alumno no completa de forma independiente/no ha tenido oportunidad de completar esta habilidad o comportamiento*

*1 = El alumno normalmente necesita 3 o más recordatorios/indicaciones o ayuda física de otra persona para completar esta habilidad o comportamiento*

*2 = El alumno normalmente necesita 2 o menos recordatorios/indicaciones para completar esta habilidad o comportamiento*

*3 = El alumno completa esta habilidad o conducta de forma independiente/sin ayuda.*

1. Analiza las señales de seguridad (por ejemplo, sonidos, señales visuales, etc.) y cruza de forma segura calles residenciales, sin que exista un paso de peatones o una señal:

**Clasificación (0-3):       Observaciones:**

1. Analiza las señales de seguridad (por ejemplo, sonidos, señales visuales, etc.) y cruza con seguridad las calles residenciales cuando no hay un APS presente, pero existen otras señales formales (por ejemplo, un símbolo visual de caminar/no caminar, un paso de peatones sin señales, etc.)

**Clasificación (0-3):       Observaciones:**

1. Analiza las señales de seguridad (por ejemplo, sonidos, señales visuales, etc.) y cruza con seguridad las calles en las que hay un APS presente.

**Clasificación (0-3):**       **Observaciones:**

1. Lleva y utiliza con regularidad ayudas para la movilidad y la visión si es necesario.

**Clasificación (0-3):**       **Observaciones:**

1. Camina hacia su destino de forma independiente.

**Clasificación (0-3):**       **Observaciones:**

1. Utiliza transporte público de forma independiente.

**Clasificación (0-3):**       **Observaciones:**

1. Se desenvuelve con seguridad en espacios cerrado.

 **Clasificación (0-3):**       **Observaciones:**

1. Resuelve eficazmente problemas cuando está desorientado (por ejemplo, pidiendo ayuda, utilizando Google Maps u otra tecnología, etc.).

**Clasificación (0-3):**       **Observaciones:**

# Sección 3: Comentarios Adicionales

Por favor, incluya cualquier comentario adicional sobre el solicitante. Adjunte páginas adicionales, si es necesario.

|  |
| --- |
|  |

# Sección 4 Firma

Se acepta la firma electrónica. Su nombre mecanografiado aquí contará como su firma.

Firmado por:

|  |
| --- |
|       |

Fecha:

|  |
| --- |
|  |