



SOLICITUD DE SERVICIOS AL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Inicial de Segundo Nombre	
Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado
Número de Teléfono	Correo Electrónico		
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaa)	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desea no Declarar		

Raza (por favor maque a todos lo que correspondda) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano y Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> India Asiática <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Laosianos <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Desea no Declarar	Etnicidad: Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

Indique la discapacidad del estudiante o el motivo de la elegibilidad del IEP/504:	Documentación (por favor seleccione una) <input type="checkbox"/> IEP (proporcione una copia) <input type="checkbox"/> Otro (especifique el tipo y adjunte una copia si es aplicable) <input type="checkbox"/> 504 Plan (proporcione una copia) <input type="checkbox"/> Firma de la escuela (ver más abajo)
--	---

Complete esta sección solo si se selecciona "Firma de la escuela": Confirmo que el estudiante está inscrito en la escuela identificada a continuación y tiene antecedentes o se considera que tiene la discapacidad mencionada anteriormente.

Firma del Funcionario Escolar: _____ Hora: _____

Nombre Impreso del Funcionario Escolar: _____ Fecha: _____

Nombre de la Escuela	Dirección de la Escuela	<input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Escuela Postsecundaria
----------------------	-------------------------	--

Tipo de Escuela <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Charter <input type="checkbox"/> Escuela en Casa <input type="checkbox"/> Programa GED <input type="checkbox"/> Vocacional/ Técnica <input type="checkbox"/> Colegio/Universidad <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de Graduación/Egreso (mm/dd/aaaa)
---	---

Apellido del padre/madre/tutor	Primer Nombre	Relación
Número de Teléfono	Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Conservador

Doy autorización al personal de la escuela para difundir esta información al Departamento de Rehabilitación. (20 U.S.C. 1232g(b) y 34 CFR 99.30 y 99.31.) Confirmo que el estudiante tiene documentación o se considera que tiene la discapacidad mencionada anteriormente. Doy mi consentimiento para que el estudiante participe en los servicios estudiantiles provistos u organizados por el DOR, mientras el estudiante califique para dichos servicios.

Firma del Estudiante	Fecha Firmada	Firma del Padre/Tutor/Conservador	Fecha Firmada
----------------------	---------------	-----------------------------------	---------------



SOLICITUD DE SERVICIOS AL ESTUDIANTE

Form Purpose

This form is intended to request student services for potentially eligible students, in accordance with 34 CFR 361.48(a). Student services may include any of the following pre-employment transition services: job exploration counseling, work-based learning experiences, postsecondary enrollment counseling, work readiness training, and self-advocacy training. "Potentially eligible" students are defined as students with disabilities, ages 16 through 21, who have not yet applied or been found eligible for the vocational rehabilitation program. This is not an application for vocational rehabilitation services. Please go to the [online application](#) to access an application for vocational rehabilitation services.

Form Completion Instructions

Complete this form to document that the student is currently enrolled in a recognized education program and is considered a student with a disability as defined in 34 CFR 361.5(c)(51). Parent/Guardian contact information and consent are required for students with disabilities who are less than 18 years of age and not an emancipated minor.

Notice and Privacy Statement

The information requested on this form is necessary to correctly identify the individual as a student with a disability as defined in 34 CFR 361.5(c)(51), to provide authorization for the provision of pre-employment transition services, and to provide authorization for school personnel to release the information requested on this form to the DHS-DRS to coordinate, provide, or arrange student services in accordance with 29 USC sections 705(37) and 733 and 34 CFR parts 361.48(a) and 361.5(c)(51). Individuals should not provide any personal information on this form that is not requested.

The DHS-DRS has an [office locator](#). Select "Rehabilitation Services" and enter your county to find the office closest to you. The link is: <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12&officetype=7>.