pennsylvania
DEPARTAMENTO DE TRABAJO E INDUSTRIA
OFICINA DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA SERVICIOS DE TRANSICIÓN PREVIOS AL EMPLEO

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

***NOMBRE**	**Inicial del 2.º nombre**	***APELLIDO**	***FECHA DE NACIMIENTO**

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	***PROGRAMACIÓN EDUCATIVA SOBRE DISCAPACIDAD** (seleccione uno) ☐ IEP ☐ Plan 504 ☐ Ninguno: autodeclaración de discapacidad

***RAZA** (seleccione una)
☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Hawaiano nativo/Otro isleño del Pacífico ☐ Blanco

***ETNIA** (seleccione una)	**GÉNERO** (seleccione uno)	**FECHA DE SALIDA ANTICIPADA**
☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino	☐ Masculino ☐ Femenino ☒ No desea autoidentificarse	

***GRADO**	***PAÍS DE RESIDENCIA**	***DISTRITO ESCOLAR DE RESIDENCIA**	**PROGRAMA ESCOLAR AL QUE ASISTE**

NOMBRE(S) DE PADRE/MADRE	**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO**	**NÚMERO DE TELÉFONO**

INFORMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Los Servicios de Transición Previos al Empleo (Pre-Employment Transition Services, PETS) de la Oficina de Rehabilitación Vocacional (Office of Vocational Rehabilitation, OVR) ayudan a los estudiantes con discapacidades a aprender sobre sí mismos, comprender los requisitos laborales, poner en práctica habilidades laborales, explorar opciones de capacitación y elegir una carrera que puede explorarse más a través de los Servicios de Rehabilitación Vocacional individualizados.

Esta autorización seguirá siendo válida hasta que acepte mi diploma de la escuela mencionada. Reconozco que, al completar esta autorización para los PETS, la OVR puede obtener o divulgar información personal confidencial (nombre completo, fecha de nacimiento, origen étnico, raza, condado de residencia, información de contacto, distrito escolar de residencia, nivel de grado actual, fecha de salida anticipada, informes de progreso de PETS y estado de programación educativa) sobre mí de la siguiente manera:

- Para comprar servicios o proporcionarme servicios de los siguientes proveedores de PETS (incluya el nombre y la dirección del proveedor):
- Para colaborar con proveedores y socios de la OVR en mi nombre
- Para informar mi progreso a la escuela mencionada
- Cuando se requiera divulgarla de conformidad con la ley o los reglamentos
- Para intercambiar información sobre mi participación en los PETS, en la medida en que facilite la cooperación entre la escuela, un proveedor de PETS y la OVR con respecto a la programación de servicios.

Eximo a la entidad anterior que divulgara esta información de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la

Esta autorización o una copia fiel y precisa de esta autorización se considerará válida hasta que sea retirada por escrito por mí o mi representante personal, o hasta que me gradúe de la escuela secundaria. Si el estudiante es menor de 18 años, se requiere la firma del padre, la madre o un tutor.

- Si es necesario para satisfacer mis necesidades, se me ha proporcionado un formato alternativo de esta

Firma del	Fech

Nombre del padre, la madre	Firma del padre, la	Fecha

- Un consentimiento verbal requiere las firmas de dos (2) testigos. Soy testigo de que el padre, la madre o el estudiante (o la persona responsable) es

Firma del testigo 1	Fecha	Firma del testigo 2	Fech