

1. INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

Nombre	Número de caso

2. SERVICIOS VOCACIONALES

Los siguientes servicios vocacionales pagados por la Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR) son necesarios:

Servicio 1

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 2

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 3

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 4

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 5

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	

Fuentes de financiamiento

--

Servicio 6

Servicio

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)

--	--

Descripción detallada o detalles del servicio

--

Nombre del vendedor o proveedor de servicios

--

Fuentes de financiamiento

--

Servicio 7

Servicio

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)

--	--

Descripción detallada o detalles del servicio

--

Nombre del vendedor o proveedor de servicios

--

Fuentes de financiamiento

--

4. COMENTARIOS

Añada comentarios o detalles adicionales

--

5. AUTORIZACIONES Y FIRMAS

- Autorizo a Rehabilitación Vocacional y a la escuela/centro de mi elección o SSA a compartir información financiera y de otro tipo para llevar a cabo mi Plan Individualizado de Empleo (IPE).
- Entiendo que los servicios de la Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR) dependen de la disponibilidad de fondos estatales y federales o vacantes en los centros/escuelas.
- Si tengo preguntas o inquietudes que mi consejero de rehabilitación no puede abordar, consultaré la Guía del consumidor para encontrar información sobre mis derechos, responsabilidades y el Programa de asistencia al cliente.
- Recibí una copia de mi Plan Individualizado de Empleo (IPE) por correo o electrónicamente y estoy enterado de que mi plan de trabajo será revisado anualmente.



Firma del consumidor

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del consejero de rehabilitación vocacional

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del gerente de sucursal (si corresponde)

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del director de servicios de campo (si corresponde)

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del gerente de la sucursal de tecnología de asistencia (si corresponde)

Fecha (DD/MM/AAAA)

Nota: el formulario de continuación del plan de experiencia laboral de prueba puede adjuntarse al formulario de experiencia laboral de prueba cuando los servicios exigidos excedan el espacio disponible en estos formularios. El formulario de continuación de experiencia laboral de prueba debe completarse al mismo tiempo que el formulario de experiencia laboral de prueba. Ambos formularios deben estar firmados y fechados, y las fechas deben coincidir.