**SERVICIOS DE VIDA INDEPENDIENTE**

**FORMULARIO DE REFERENCIA**

**Información al consumidor:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  |  | Fecha de Nacimiento: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección: |  |  | Teléfono: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Correo electrónico: |  |  | Discapacidad: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Correo electrónico de los padres/tutores (si procede): |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Otros servicios que reciben: |  | [ ]  Rehabilitación Vocacional (VR) |
|  | [ ]  Educación Básica de Adultos (ABE) |
|  | [ ]  Administración de casos del condado |
|  | [ ]  Servicios Psicológicos/Psiquiátricos |
|  | [ ]  Otros: |  |

**Divulgación de información:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Yo |  | por la presente autorizo |  |
|  | (nombre del consumidor) |  | (la fuente de referencia) |

|  |
| --- |
| para divulgar la información de este formulario a SWCIL. Se me ha informado que esta información se mantendrá confidencial y se utilizará solo para ayudar a SWCIL a ayudarme a buscar servicios de vida independiente y, si corresponde, en el desarrollo de mi plan de servicio. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del Consumidor |  | Fecha |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del Padre/Tutor (si es necesario) |  | Fecha |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del Testigo |  | Fecha |

**Fuente de Referencia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Agencia/Escuela: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Persona de contacto y título: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección: |  |  | Teléfono: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Correo electrónico: |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma de referencia: |  |  | Fecha: |  |

Envíe por fax, correo postal o correo electrónico el formulario completo a SWCIL utilizando la información de contacto que se indica arriba.

Este formulario está disponible en formatos alternativos a pedido.

|  |
| --- |
| **En la parte posterior, proporcione información sobre la persona para ayudar al personal de SWCIL en la prestación de servicios (es decir, áreas de necesidad, información sobre la discapacidad y la situación de vida, estado de empleo, mejor momento para contactar, etc.). Por favor, sea lo más específico posible.**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de Consumidor: |  |  | Fecha: |  |

|  |
| --- |
|  |

Formulario de recomendación de servicios de vida independiente de SWCIL

Página 2

3/22/22