



Referido (Referral)

10/2023

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|
| Primer Nombre (Legal) | | | | Segundo Nombre (Legal) | | Apellido (Legal) | | Nombre Preferido | |
| Dirección (Apartamento o Cajero Postal #) | | | | Ciudad | | Estado | | Código Postal | |
| Teléfono (Marque la manera preferida de contacto): <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No se identificó a sí mismo | | | | *Número de Seguro Social | | | |
| Representante autorizado (si corresponde): <input type="checkbox"/> Tutor designado por el tribunal <input type="checkbox"/> Poder legal <input type="checkbox"/> Padre de una persona de 18 años o menos <input type="checkbox"/> Otra | | | | | | | | | |
| Nombre: | | Teléfono: | | Correo Electrónico: | | | | | |
| Contacto adicional (si corresponde): | | | | | | | | | |
| Nombre: | | Teléfono: | | Correo Electrónico: | | | | | |
| Las condiciones médicas o de salud que limitan su habilidad para trabajar. | | | | | | | | | |
| Otra información que sea necesaria antes de la cita con Nebraska VR, así como acomodaciones (intérprete) y otras personas para invitar (padres, guardianes, proveedores, coordinadores, etcétera). | | | | | | | | | |

Información de la agencia que refiere

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nombre de la fuente que hace la referencia | | Nombre de la agencia/Organización/Escuela | |
| Teléfono | | Correo Electrónico | |

Solamente para escuela secundaria

| | | | |
|--|--|--|--|
| Nombre de los padres: | | Número de teléfono preferido del padre: _____ | |
| Dirección del padre si es diferente a la del estudiante: | | <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa <input type="checkbox"/> Número celular <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo | |
| | | Correo electrónico del padre: _____ | |
| | | Fecha esperada de graduación: _____ | |

Sólo para uso interno

| | | |
|---|--------------------------|---|
| Fecha de recibo (solo para uso interno) | Especialista VR asignado | ¿Fue compartida la información del video de orientación con el referido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|---|--------------------------|---|

* Un número de Seguro Social no se requiere para referirse a Nebraska VR, pero sí es necesario para solicitar los servicios de VR para adultos.