


Yakima County Job Foundation Application

CONTACT INFORMATION OF STUDENT				
	STUDENT LAST NAME:		STUDENT FIRST NAME:	MIDDLE INITIAL:
	STREET ADDRESS:		CITY:	ZIP:
NAME OF TEACHER FROM SCHOOL:				
CONTACT INFO OF PRIMARY SUPPORT PERSON: LIST PERSONAL CONTACT IN CASE OF AN EMERGENCY OR FOR MESSAGES				
LAST NAME:		FIRST NAME:		RELATIONSHIP TO STUDENT:
PHONE NUMBER:		EMAIL ADDRESS:		LANGUAGE:
COURT APPOINTED LEGAL GUARDIAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				DO YOU WANT AN INTERPRETER? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
STUDENT EDUCATION AND EMPLOYMENT STATUS:				
ARE YOU CURRENTLY ATTENDING SCHOOL? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		NAME OF SCHOOL:		EXIT YEAR:
DDA / DVR / BENEFITS INFORMATION:				
ARE YOU ENROLLED FOR SERVICES WITH THE DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA): <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		ARE YOU CURRENTLY ON A WAIVER: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		WAIVER TYPE:
CASE RESOURCE MANAGER NAME:		CASE RESOURCE MANAGER PHONE:	CASE RESOURCE MANAGER EMAIL:	
HAVE YOU WORKED WITH THE DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR): <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
DVR COUNSELOR NAME:		DVR COUNSELOR PHONE:	DVR COUNSELOR EMAIL:	
CERTIFICATION:				
<ul style="list-style-type: none"> I certify that the information provided is true to the best of my knowledge. I am also aware that the information I have provided is subject to review and verification and I may have to provide documentation to support this application. I allow release of this information for verification purposes and understand that it will be used to determine eligibility. Upon request, I will be provided information on equal opportunity and appeal rights and the Privacy Act of 1974. I authorized the Department of Social and Health Services, Developmental Disabilities Administration to release information to the Job Foundation application County named. This exchange is authorized for information relevant to eligibility determination and coordination of service delivery and all information will be kept confidential. I authorize the County to exchange information with DDA, the student's school, DVR, and the student's employment provider. 				
STUDENT SIGNATURE:				DATE:
GUARDIAN: SIGNATURE IS REQUIRED BELOW IF OTHER THAN STUDENT:				
<ul style="list-style-type: none"> I authorize the County to assist my student with Job Foundations supports and activities. I certify the exchange of information between the County and any school / school district as appropriate in which my student is or has been enrolled. This exchange is authorized for any information relevant to the success of my student's participation. I understand that it may include standardized test results, transcripts, attendance records, performance reports, and information from counselors, teachers, and other staff. I grant permission for my student to fully participate in educational, training, and employment related counseling activities for Job Foundation supports provided or arranged by the County. I authorize the County to exchange information with DDA, the student's school, DVR, and the student's employment provider. 				
DISCLAIMER AND GUARDIAN: I CERTIFY THAT MY ANSWERS ARE TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE:				
GUARDIAN SIGNATURE:				DATE:

Aplicación de Job Foundation para el Condado de Yakima

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ESTUDIANTE				
	APELLIDO DEL ESTUDIANTE:		NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	
	DIRECCIÓN POSTAL:		CIUDAD:	
		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:		FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE DEL MAESTRO EN LA ESCUELA:				
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PERSONA DE APOYO PRINCIPAL: INCLUYE DATOS DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA O PARA MENSAJES				
APELLIDO:		NOMBRE:		RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:
NÚMERO DE TELÉFONO:		CORREO ELECTRÓNICO:		IDIOMA:
¿ES TUTOR LEGAL DESIGNADO POR UN TRIBUNAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿NECESITA LOS SERVICIOS DE UN INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NIVEL DE EDUCACIÓN Y SITUACIÓN LABORAL DEL ESTUDIANTE:				
¿ACTUALMENTE ASISTE A LA ESCUELA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE DE LA ESCUELA:		AÑO DE SALIDA:
INFORMACIÓN DE BENEFICIOS DE LA DDA Y DVR:				
¿ESTÁ INSCRITO PARA RECIBIR LOS SERVICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DDA)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿ACTUALMENTE TIENE UNA EXENCIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
TIPO DE EXENCIÓN:				
NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECURSOS DEL CASO:		TELÉFONO DEL ADMINISTRADOR DE RECURSOS DEL CASO:		CORREO ELECTRÓNICO DEL ADMINISTRADOR DE RECURSOS DEL CASO:
¿TRABAJÓ CON LA DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL (DVR): <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
NOMBRE DEL CONSEJERO DE LA DVR:		TELÉFONO DEL CONSEJERO DE LA DVR:		CORREO ELECTRÓNICO DEL CONSEJERO DE LA DVR:
CERTIFICACIÓN:				
<ul style="list-style-type: none"> • Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera. También soy consciente de que la información que he proporcionado está sujeta a revisión y verificación, y es posible que deba proporcionar documentación para respaldar esta solicitud. Permiso la divulgación de esta información para fines de verificación y entiendo que se utilizará para determinar mi elegibilidad. Cuando lo solicite, se me proporcionará información sobre los derechos de igualdad de oportunidades y apelación, y sobre la Ley de Privacidad de 1974. • Autorizo a la Administración de Discapacidades del Desarrollo del Departamento de Servicios Sociales y Salud a divulgar la información al condado mencionado para la solicitud del programa Job Foundation. Autorizo este intercambio en el caso de información relevante para la determinación de mi elegibilidad y la coordinación de la prestación del servicio. Toda la información se mantendrá confidencial. • Autorizo al condado a intercambiar la información con la DDA, la escuela del estudiante, la DVR y el proveedor de empleo del estudiante. 				
FIRMA DEL ESTUDIANTE:				FECHA:
TUTOR: SE SOLICITA LA FIRMA SI NO ES EL ESTUDIANTE:				
<ul style="list-style-type: none"> • Autorizo al condado a asistir al estudiante por medio de respaldos y actividades del programa Job Foundation. • Certifico que el intercambio de información entre el condado y toda escuela o distrito escolar en los que el estudiante esté o haya estado inscrito es adecuado. Autorizo este intercambio en el caso de toda información relevante para el éxito de la participación del estudiante. Entiendo que eso puede incluir resultados de pruebas estandarizadas, certificados de estudios, registros de asistencia, informes de desempeño e información provista por consejeros, maestros y otros miembros del personal. • Otorgo permiso para que el estudiante participe plenamente en las actividades de asesoramiento relacionadas con la educación, la capacitación y el empleo, para los apoyos del programa Job Foundation brindados u organizados por parte del condado. • Autorizo al condado a intercambiar la información con la DDA, la escuela del estudiante, la DVR y el proveedor de empleo del estudiante. 				
DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y TUTOR: CERTIFICO QUE MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS A MI LEAL SABER Y ENTENDER:				
FIRMA DEL TUTOR:				FECHA: