



**Departamento de Servicios Humanos de Tennessee – Programa de Rehabilitación Vocacional**  
**Permiso para Servicios de Transición Previos al Empleo**

Por favor, líneas abajo proporcione al Programa de Rehabilitación Vocacional (VR) la información básica del estudiante interesado:

Primer Nombre	Apellido		Segundo Nombre
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Raza/Etnicidad
Dirección			Número de Teléfono (incluya código de área)
Correo Electrónico			Información de Contacto Alternativo
<p><b>Por la presente, autorizo al estudiante enumerado líneas arriba a participar en Servicios de Transición Previa al Empleo. Autorizo que la Agencia de Educación Local divulgue información de Certificación de Discapacidad al Departamento de Servicios Humanos, Programa de Rehabilitación Vocacional. Entiendo que esta información será tratada de una manera confidencial por VR y que no está protegida bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (HIPAA).</b></p> <p><b>Participación en Servicios de Transición Previa al Empleo no cualifica a este individuo para servicios de VR.</b></p>			
Padre <input type="checkbox"/> /Tutor Legal <input type="checkbox"/> /Estudiante Adulto <input type="checkbox"/>			Nombre en letra de molde
Firma		Fecha:	
Condado			Escuela