

SOLICITUD DE REFERENCIAS

SOLICITANTE

Debe pedir referencias de personas quienes personalmente conocen su historia de empleo, educación o carácter y quienes pueden testificar acerca de su capacidad de proporcionar servicios. Dos de las referencias deberían ser de sus empleadores pasados o actuales. Los miembros familiares NO PUEDEN proporcionar referencias. Favor de escribir su nombre abajo y darles este formulario a las personas de quienes vaya a solicitar referencias. Pídale que devuelvan este formulario a la División de Incapacidades del Desarrollo (DDD).

NOMBRE DEL SOLICITANTE (*Apellido, primer nombre inicial.*)

DIRECCION DEL SOLICITANTE (*Calle y número, ciudad, estado, código postal*)

TELEFONO DEL SOLICITANTE
()

PERSONA QUIEN PROPORCIONA LA REFERENCIA

Favor de contestar las preguntas siguientes tenga presente que los Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS) se pueden proporcionar sin supervisión en el hogar de la persona con incapacidades del desarrollo o en la residencia o institución del solicitante. Apreciamos su tiempo y esfuerzo en contestar a este formulario, y todas sus respuestas se mantendrán confidenciales conforme a las disposiciones de la ley.

DEBE devolver esta solicitud de referencias a la oficina local de HCBS que está imprimido al reverso. Si manda por correo, doblar este formulario con la dirección de DES/DDD por fuera. Cierra el margen más bajo (**SIN GRAPAS**) pega una estampilla y envía.

NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN PROPORCIONA LA REFERENCIA, CON LETRA DE MOLDE (*Apellido, primer nombre inicial.*)

DIRECCION *Calle y número, ciudad, estado, código postal*

TELÉFONO DE DÍA

()

TELÉFONO DE LA TARDE

()

CUANTO TIEMPO HA CONOCIDO AL SOLICITANTE

Años: Meses:

TIPO DE RELACION (*Marque todos que se apliquen*)

Solicitante supervisado Trabajé con el solicitante Amigo(a) Vecino(a) Otro:

COMO CREE USTED QUE SE RELACIONARA EL SOLICITANTE CON LOS INDIVIDUOS CON INCAPACIDADES. DESCRIBA CUALQUIER CARACTERISTICA Y/O CAPACITACION O EDUCACION ESPECIAL QUE PUEDA TENER EL SOLICITANTE PARA TRABAJAR CON ESTOS INDIVIDUOS.

INDIQUE SI TIENE CUALQUIERA RAZÓN PARA CREER QUE EL SOLICITANTE NO ESTÁ CALIFICADO PARA PROPORCIONAR SERVICIOS A INDIVIDUOS CON INCAPACIDADES DEL DESARROLLO

SI EL SOLICITANTE FUE EMPLEADO SUYO ANTERIORMENTE, ¿LO EMPLEARIA DE NUEVO?

No Sí N/A Si respondió no ¿Por qué?

COMENTARIOS ADICIONALES QUE AYUDARAN A EVALUAR A ESTE SOLICITANTE

FIRMA DE LA PERSONA QUIEN PROPORCIONA ESTA REFERENCIA

FECHA

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

INTERVIEWED BY PHONE

No Yes

DATE

PRINT INTERVIEWER'S NAME (*Last, First, M.I.*)

INTERVIEWER'S SIGNATURE

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA) y la Ley de Derechos Civiles del año 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación por Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en lugares de empleo, programas, servicios o actividades basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, y incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato o obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act: ADA) de la División de Incapacidades del Desarrollo: 602-542-6825; Servicios de TTY/TTD: 7-1-1.

Doble aquí

REMITENTE

Pega
Estampilla
Aquí

Division of Developmental Disabilities
HCBS _____

Cierre aquí con cinta adhesiva