

For Office Use Only: ☐ Pending ☐ Review ☐ LD Screen ☐ APE ☐ C2C ☐ CONC ☐ DRD ☐ TC

Solicitud de Servicios

Departamento de Recursos de Discapacidad (DRD en Inglés)

Paso 1: Complete una solicitud general al SRJC: www.santarosa.edu/admissions.

Paso 2: Complete este paquete y devuélvalo al Departamento de Recursos de Discapacidad (DRD).

Paso 3: Consulta para nuevos estudiantes (opcional):

- Estudiantes con preguntas o que necesitan asistencia con la solicitud de servicios del Departamento de Recursos de Discapacidad (DRD), pueden asistir a una cita breve con un especialista de DRD.
- Si tiene constancia medica de su discapacidad o un "IEP" de la escuela secundaria, favor traiga una copia a la recepción del Departamento de Recursos de Discapacidad.

Paso 4: Al completar y devolver este paquete al Departamento de Recursos de Discapacidad (DRD), nuestra oficina le contactará dentro de 5 a 7 días hábiles para hacerle una cita de bienvenida con una Especialista de Discapacidad. Ofrecemos citas a través de teléfono, zoom o en persona.

Información Personal

Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de identificación estudiantil	
Apellido del Estudiante		Nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Núm. de Teléfono (incluyendo el código de área)	Número Alterno (incluyendo el código de área)	Correo Electrónico	

Otros Servicios

¿Recibe servicios de cualquier otro(s) programa(s)?

☐ Nombre del Consejero en el Departamento de Rehabilitación:

☐ Nombre del Consejero en el Departamento de Rehabilitación:

☐ Programa CalWorks Otros Programas:

Permiso para Contactar el Estudiante A través de los Siguietes Formatos

Doy permiso al personal del Departamento de Recursos de Discapacidad (DRD) de Santa Rosa Junior College (SRJC) para ponerse en contacto conmigo y dejar mensajes con respecto a las citas y otros asuntos del DRD, por teléfono, correo postal o correo electrónico (marque todas las que apliquen).

Esta autorización se mantendrá en efecto hasta la fecha indicada (indique la fecha en que usted piensa que va a estar inscrito.) Si la fecha se deja en blanco, este permiso será efectivo por cuatro (4) años a partir de la fecha de cuando entregó el formulario.



☐ **Por Teléfono**



☐ **Por correo Postal**



☐ **Por Correo Electrónico**

El permiso permanecerá en efecto hasta (mm/dd/aaaa) **

Firma del Estudiante

Discapacidad

Por favor, marque todas las que apliquen:

☐ Lesión Cerebral Adquirida (ABI) ☐ Conmoción Cerebral	☐ Visión Baja / Ciego	☐ Problemas de aprendizaje (LD)
☐ Trastorno de Atención (ADD) o (ADHD)	☐ Discapacidad Física / Movilidad	☐ Tengo una discapacidad de aprendizaje verificada y puedo proporcionar informes de pruebas.
☐ Autismo, Síndrome Aspergers o Discapacidad de aprendizaje no verbal	☐ Psicológica (Por ejemplo PTSD, depresión, etc.)	☐ Yo deseo ser examinado para averiguar si soy elegible para recibir el servicio de problemas de aprendizaje
☐ Sordo / Problemas de audición	☐ Otras condiciones de salud (Por ejemplo, cáncer, SIDA, diabetes)	☐ En la escuela preparatoria, recibí servicios LD a través de la Educación
☐ Discapacidad del Desarrollo		

Servicios Disponibles

Solicito los Siguietes Servicios (Por favor, marque todas las que apliquen):

☐ Muebles Accesibles	☐ Facilitador de servicios en la clase	☐ Exámenes Adaptados
☐ Educación Física Adaptada	☐ Asistencia para Tomar Notas	☐ Otros Servicios Necesarios:
☐ Tecnología adaptada	☐ Interpretación de Lenguaje de Señas Americano (ASL) y Servicios de Subtítulos en Tiempo Real	☐ No estoy seguro/a
☐ Medios alternativos/Libros Electrónicos		

Note Por Favor: SRJC **no** proporciona asistentes personales.

Responsabilidades del Estudiante

Es mi responsabilidad proporcionar al Departamento de Recursos de Discapacidad (DRD) la documentación y/o los formularios (médicos, escolares, etc.) que sean necesarios para verificar mi discapacidad.

Es mi responsabilidad reunirme con un Especialista de Discapacidad para llenar el Contrato Educativo del Estudiante y reunirme de nuevo con dicha persona por lo menos una vez al semestre para actualizar el contrato.

Es mi responsabilidad usar los servicios del Departamento de Recursos de Discapacidad de manera responsable.

Es mi responsabilidad de cumplir con el Código de Conducta de los Estudiantes adoptado por el SRJC.

Con este formulario estoy solicitando los servicios del Programa y servicios para estudiantes discapacitados (DSP&S) del SRJC. He leído las Responsabilidades del Estudiante y estoy de acuerdo en aceptarlas. Entiendo que existen Procedimientos de Queja, publicados en la página web del colegio, los cuales puedo seguir si no estoy de acuerdo con las decisiones de los servicios relacionados de mi discapacidad.

Firma de Estudiante	Fecha
Firma de Especialista	Fecha



Santa Rosa Campus
 1501 Mendocino Avenue
 Santa Rosa, CA 95401-4395
 Bertolini Student Center 3rd Floor
 Tel: (707) 527-4278
 E-mail: disabilityinfo@santarosa.edu

Petaluma Campus
 680 Sonoma Mountain Pkwy
 Petaluma, CA 94954
 Richard Call Building, Sala 600
 Tel: (707) 778-2491
 E-mail: disabilityinfo@santarosa.edu

