

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 médica 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
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:

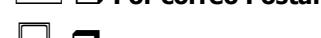
Permiso para Contactar el Estudiante A través de los Siguientes Formatos

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).

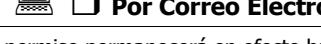
Esta autorización se mantendrá en efecto hasta la fecha indicada (indique la fecha en que usted piensa que va a estar inscrito.) Si la fecha se deja en blanco, este permiso será efectivo por cuatro (4) años a partir de la fecha de cuando entregó el formulario.



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:

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

Servicios Disponibles

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

<input type="checkbox"/> Muebles Accesibles	<input type="checkbox"/> Facilitador de servicios en la clase	<input type="checkbox"/> Exámenes Adaptados
<input type="checkbox"/> Educación Física Adaptada	<input type="checkbox"/> Asistencia para Tomar Notas	<input type="checkbox"/> Otros Servicios Necesarios:
<input type="checkbox"/> Tecnología adaptada	<input type="checkbox"/> Interpretación de Lenguaje de Señas Americano (ASL) y Servicios de Subtítulos en Tiempo Real	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<input type="checkbox"/> 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
Fax: (707) 524-1768
E-mail: disabilityinfo@santarosa.edu

Petaluma Campus
680 Sonoma Mountain Pkwy
Petaluma, CA 94954
Richard Call Building, Sala 600
Tel: (707) 778-2491
Fax: (707) 524-1768
E-mail: disabilityinfo@santarosa.edu

