# Soluciones de Empleo Juvenil (YES2) Solicitud 2024

## Fechas del Programa

*Formación para el Trabajo Pre-requisitos fechas programa virtual* Marzo 7, 14, 21; Abril 11, 18 y 25.

*Fechas en Persona* Junio 30 – Agosto 8, 2024

**Fecha límite: 4 de febrero de 2024**

1. Solicitud
2. Formulario de Referencia del Profesor de Visión
3. Carta de Presentación
4. Formulario de Consentimiento - debe tener firma manuscrita y enviarse por correo electrónico o postal

Esta solicitud también puede encontrarse en nuestro sitio web: [www.dsb.wa.gov/](http://www.dsb.wa.gov/)

Para garantizar una accesibilidad completa, **las Solicitudes YES 2 deben descargarse en una computadora y completarse electrónicamente**. Si usted tiene algún problema para completar la solicitud electrónicamente, por favor contáctese con nosotros.

**INDICACIONES IMPORTANTES SOBRE el envío DE LA SOLICITUD**

**NO ENVÍE SOLICITUDES POR CORREO ELECTRÓNICO SIN UTILIZAR EL PROCESO DE CORREO ELECTRÓNICO SEGURO**. Esta solicitud contiene información confidencial sobre el solicitante. Una vez que haya completado la solicitud, envíe un correo electrónico a Janet George a janet.george@dsb.wa.gov haciéndole saber que usted está listo para enviar la solicitud. **Se le enviarán instrucciones sobre cómo enviar la solicitud por correo electrónico seguro para proteger la información de su hijo(a).**

El "Formulario de Consentimiento" que debe ser firmado a mano, puede ser escaneado y enviado electrónicamente, o enviado por correo como una copia impresa. La dirección postal figura en el Formulario de Consentimiento. Si el solicitante es menor de 18 años, deberá ser firmado por uno de los padres.

El solicitante debe ser elegible para trabajar en los Estados Unidos para poder asistir a YES2.

# Instrucciones para Usuarios de Lectores de Pantalla

* Por favor, pulse ENTER para escribir en cada campo.
* Luego presione TAB para ir al siguiente campo.
* Utilice la BARRA ESPACIADORA para marcar las casillas.

# Sección 1 Datos del Solicitante

Nombre del Solicitante

|  |
| --- |
|  |

Edad al 1ro de abril de 2024

|  |
| --- |
|  |

Domicilio, incluyendo calle, ciudad, estado y Código Postal

|  |
| --- |
|  |

Dirección postal, si es diferente de la del Domicilio

|  |
| --- |
|  |

Correo Electrónico del Solicitante

|  |
| --- |
|  |

Número de Teléfono Celular del Solicitante

|  |
| --- |
|  |

Pronombres Preferidos

|  |
| --- |
|  |

Grado Escolar Actual

|  |
| --- |
|  |

Año de graduación

|  |
| --- |
|  |

# Sección 2 Información de Contacto

Padres/Tutores, Contacto de Emergencia y Profesores/Escuela, Consejeros

## Padre/Madre o Tutor 1

Nombre

|  |
| --- |
|  |

Domicilio

incluyendo calle, ciudad, estado y código postal

|  |
| --- |
|  |

Dirección Postal

si es diferente de la dirección del Domicilio

|  |
| --- |
|  |

Mejor Número de Teléfono de Contacto

|  |
| --- |
|  |

Segundo Número de Teléfono

|  |
| --- |
|  |

Dirección de Correo Electrónico

|  |
| --- |
|  |

## Padre/Madre o Tutor 2

Nombre

|  |
| --- |
|  |

Domicilio

incluyendo calle, ciudad, estado y código postal

|  |
| --- |
|  |

Dirección Postal

si es diferente de la dirección del Domicilio

|  |
| --- |
|  |

Mejor Número de Teléfono de Contacto

|  |
| --- |
|  |

Segundo Número de Teléfono

|  |
| --- |
|  |

Dirección de Correo Electrónico

|  |
| --- |
|  |

## Contacto de Emergencia Alternativo

Nombre

|  |
| --- |
|  |

Relación con el Solicitante

|  |
| --- |
|  |

Mejor Número de Teléfono de Contacto

|  |
| --- |
|  |

Segundo Número de Teléfono

|  |
| --- |
|  |

Dirección de Correo Electrónico

|  |
| --- |
|  |

## Información de Contacto de TVI

Al final de YES 2 le enviará por correo electrónico a usted y a su familia un informe resumen. Indique a continuación si también desea que este informe se envíe a su Profesor de Alumnos con Discapacidad Visual (TSVI). Se enviará una copia del informe por correo electrónico a su profesor.

**[ ]  Sí,** yo deseo que se envíe una copia del informe mi hijo por correo electrónico a TSVI. ***Por favor, marque la casilla en el Formulario de Consentimiento para que DSB esté autorizado a enviar información*.**

**[ ]  No**, por favor, no comparta el informe de mi hijo con nadie.

Nombre del Profesor de Alumnos con Discapacidad Visual

|  |
| --- |
|  |

Dirección de Correo Electrónico

|  |
| --- |
|  |

Mejor Número de Teléfono de Contacto

|  |
| --- |
|  |

Nombre de la Escuela

|  |
| --- |
|  |

# Sección 3 Discapacidad Visual y/o Discapacidades Adicionales

Causa de la Pérdida de Visión

|  |
| --- |
|  |

Marque la casilla junto a la descripción legal de la visión del Solicitante

[ ] Baja visión [ ] Legalmente invidente [ ]  Totalmente invidente

Cuando viaja, ¿el solicitante utiliza [ ]  Bastón? [ ]  ¿Monocular?

Describa cómo afecta la discapacidad visual del solicitante sus actividades cotidianas. Por ejemplo, participar en las tareas domésticas, ayudar en la cocina, elegir la ropa, combinar colores, etc.

|  |
| --- |
|  |

¿Es sensible al brillo intenso? [ ] Si [ ] No

¿Ven mejor con alto contraste? [ ] Yes [ ] No

Describa el uso que el solicitante hace de herramientas de baja visión, por ejemplo, un monocular, lupas

|  |
| --- |
|  |

Describa los problemas relacionados con la velocidad, la fatiga y la precisión en las tareas visuales.

|  |
| --- |
|  |

Describa cualquier otra discapacidad que pueda tener el solicitante y cómo afecta a sus actividades diarias.

|  |
| --- |
|  |

Describa las actividades de ocio/recreativas del solicitante.

|  |
| --- |
|  |

Notas adicionales si son necesarias:

|  |
| --- |
|  |

# Sección 4 Información sobre Condiciones Médicas/Salud Mental y Necesidades Especiales

Para asegurar que el solicitante tenga la mejor experiencia posible, por favor proporcione información completa a las siguientes preguntas. La falta de información o la información incompleta con respecto a una condición médica o condición emocional/comportamiento podría comprometer la participación del solicitante en el programa YES2. La información completa es vital para que el solicitante pueda participar plenamente, así como para su seguridad, y es esencial para que podamos trabajar de la manera más eficaz con cada participante. La no divulgación podría ser motivo de terminación de YES2..

Enumere una por una las afecciones médicas, incluidas las afecciones sociales/emocionales, y describa cómo afectan a las actividades diarias del Solicitante. Si no tiene ninguna, indique N/A

Condición Número 1

|  |
| --- |
|  |

Condición Número 2

|  |
| --- |
|  |

Condición Número 3

|  |
| --- |
|  |

¿El solicitante tiene alguna alergia? Sírvase enumerarlas.

Comida

|  |
| --- |
|  |

Medicamentos

|  |
| --- |
|  |

Otros (por ejemplo, a las abejas)

|  |
| --- |
|  |

¿El solicitante tiene alguna restricción dietética? Por favor Indíquelas.

|  |
| --- |
|  |

Por favor, complete la siguiente información para cada medicamento que tome el solicitante e indique su nivel de independencia para tomarlo: **Independiente**, no necesita ayuda; **Semi-independiente**, necesita algo de ayuda, o **Poca o ninguna independencia**, necesita mucha ayuda.

Si el solicitante no toma ningún medicamento, indíquelo con N/A.

Medicamento número uno

|  |
| --- |
|  |

Nivel de independencia

[ ]  Independiente [ ]  Semi-independiente [ ]  Poca o ninguna independencia

Medicamento número dos

|  |
| --- |
|  |

Nivel de independencia

[ ]  Independiente [ ]  Semi-independiente [ ]  Poca o ninguna independencia

Medicamento número tres

|  |
| --- |
|  |

Nivel de independencia

[ ]  Independiente [ ]  Semi-independiente [ ]  Poca o ninguna independencia

Indique aquí cualquier medicamento adicional y el nivel de independencia del solicitante a la hora de tomarlo

|  |
| --- |
|  |

# Sección 5 Adaptaciones Especiales

Indique las adaptaciones o servicios especiales que necesitará el solicitante para participar en el programa YES 2 (por ejemplo, acceso en silla de ruedas, intérprete de lenguaje de señas, etc.).

|  |
| --- |
|  |

# Sección 7 Preferencia del Tipo de Empleo

Los trabajos de verano para los solicitantes de bachillerato suelen encontrarse en una de las siguientes áreas:

***Trabajo de oficina/administrativo***: archivar, contestar al teléfono (transferir llamadas y contestar mensajes), atención al cliente, triturar papeles, compaginar materiales del programa, preparar envíos postales, utilizar el ordenador para dirigir a los clientes a los recursos adecuados.

***Servicio de comidas*** preparación de alimentos, limpieza, lavado de vajilla, manejo de caja registradora, reposición de estanterías/frigoríficos, atención al cliente.

***Venta al detal*** *(en una tienda/mercado/etc.) atención al cliente, mantener la tienda limpia y ordenada, clasificación de mercancías y colocación en estanterías para la venta, reposición de artículos.*

***Trabajo al aire libre*** cuidado de plantas y mantenimiento como regar, desherbar, arreglar, cubrir los caminos con grava, limpiar las macetas, rellenarlas con tierra, compostar, hacer inventario. El trabajo al aire libre también puede realizarse en guarderías infantiles.

***Cuidado de niños/guardería*** controlando a los niños, organizando y participando en actividades, ayudando con las comidas, limpiando después de las comidas y actividades.

***Tecnología*** Trabajar con computadoras para evaluar la accesibilidad de diferentes tipos de software, asistir a reuniones con sus colegas, ayudar con encuestas.

Junto a cada tipo de empleo, indique la preferencia del solicitante, utilizando 1 = el más preferido, 2 = preferido, 3 = neutro, 4 = no preferido, 5 = el menos preferido.

**Preferencia de empleo**

      Trabajo oficina/Administrativo

      Servicio de comidas

      Ventas al detal (tienda/mercado/etc.)

      Trabajo al aire libre

      Cuidado de niños/guardería

      Tecnología

      Otro tipo de trabajo (por favor       describir)

¿Qué habilidades e intereses tiene el Solicitante que le ayudarían a desempeñar el trabajo que ha seleccionado como primera opción de la lista anterior?

|  |
| --- |
|  |

¿Está el solicitante interesado en una carrera o campo de estudio en particular?

|  |
| --- |
|  |

# Sección 8 Información Adicional Necesaria para Completar la Solicitud

Marque cada una de las casillas que figuran a continuación para indicar que se han adjuntado a esta solicitud los siguientes documentos:

[ ]  TVI/O&M Formulario de Solicitud de Referencia

[ ]  Carta de Presentación (El Solicitante debe redactar la carta de presentación)

[ ]  Formulario de Consentimiento (necesita firma en tinta/manuscrita - el formulario puede escanearse y enviarse por correo electrónico o postal a la oficina de Seattle)

Las evaluaciones de los padres/tutores y de los especialistas de la visión nos ayudan a satisfacer mejor las necesidades de los Solicitantes que asisten. La presente solicitud no será revisada hasta que los formularios de solicitud de referencia sean completados y recibidos por nosotros. El Solicitante también tendrá que entregar un formulario de consentimiento y una carta de presentación para que su aplicación sea completa.

Todos los formularios se adjuntan al correo electrónico de solicitud. Si necesita copias adicionales de cualquier formulario, póngase en contacto con nosotros.