



# SOLICITUD DE PROGRAMA DIURNO ALTERNATIVO EMPLEO APOYADO - CUESTIONARIO INICIAL Y DE REVALIDACIÓN

**Por favor complete en línea e imprima.**

Este formulario es REQUERIDO para todas las solicitudes iniciales y de revalidación para autorizar los códigos del Programa de Empleo Apoyado (SEP) de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) (36U, 36G y 33G). El formulario debe ser completado por la agencia DDD SEP solicitante y debe acompañar el formulario de Solicitud de Programa de Día Alternativo (IL462-0285 Revisado 09-2021). Complete un Cuestionario SEP por separado para cada uno de los empleadores integrados en la comunidad de la persona. Las solicitudes de SEP a las que les falte este cuestionario, otra información o firmas se devolverán como no aprobadas. La autorización, si se aprueba, se comunicará a la agencia SEP a través de un memorando de cambio de agencia y una hoja de tarifas actualizada.

Persona atendida: Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_

Solicita el nombre de la agencia SEP: \_\_\_\_\_

Persona que completa la solicitud (nombre y título): \_\_\_\_\_

Persona que completa la solicitud Número de teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Persona que completa la solicitud Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de DDD SEP inicial o revalidación solicitada

Si se mantiene más de un (1) trabajo en una o ambas opciones, incluya información para cada uno de los empleadores integrados en la comunidad del individuo para el SEP individual y / o grupal:

**Opción 1: DDD SEP Individual (36U)**

Solicitud inicial de SEP-I (36U)       Revalidación para SEP-I (36U)

Nombre del empleador principal: \_\_\_\_\_

Dirección postal del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad del empleador: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor del SEP: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Título del puesto de la persona: \_\_\_\_\_

Horas individuales trabajadas por mes: \_\_\_\_\_ Tarifa de pago por hora: \$ \_\_\_\_\_

Horas anticipadas de apoyo de SEP Job Coach necesarias por mes: \_\_\_\_\_

¿El individuo recibe beneficios con este trabajo?  Sí  No

**SOLO para solicitudes individuales SEP INICIALES:**

Fecha del último contacto con DRS: \_\_\_\_\_

Tipo de contrato de DRS utilizado para obtener un empleo individual:

Milestone       SEP       CE       N/A       Desconocido

**Opción 2: DDD SEP Group (36G Large (relación 1: 6) y / o 33G Small (relación 1: 3))**

Solicitud inicial de SEP-G (36G y 33G)       Revalidación para SEP-G (36G & 33G)

Nombre del empleador principal: \_\_\_\_\_

Dirección postal del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor de SEP: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Título del puesto de la persona: \_\_\_\_\_

Horas individuales trabajadas por mes: \_\_\_\_\_ Tarifa de pago por hora: \$ \_\_\_\_\_

Horas anticipadas de apoyo de SEP Job Coach necesarias por mes: \_\_\_\_\_

¿Esta persona ha sido referida al Departamento de Servicios de Rehabilitación?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", fecha (s) de la (s) derivación (es): \_\_\_\_\_

Resultado (s) de la (s) derivación (es): \_\_\_\_\_