



Estado de Illinois
 Departamento de Servicios Humanos
2013 SOLICITUD PARA EL PROGRAMA 'OPENING DOORS' - ESCUELA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES DE LA VISTA DE ILLINOIS

Apellido del Niño(a): _____ Nombre: _____ Inicial 2do Nombre: _____

Nombre del Padre / Madre: Srta. Sra. Srta. Sr. _____

Dirección: _____ Ciudad: _____, IL Zona Postal: _____

Teléfono: (cas) _____ Teléfono: (cel) _____ Teléfono: (trab) _____
 Masculino Femenino

Condado: _____ Fecha de Nac.: _____ Correo electrónico: _____

Movilidad (Marque las descripciones que aplican):

Camina Gatea Usa sillón de Ruedas Usa Bastón / Apoyador Otro _____

MUY IMPORTANTE - Describa brevemente los servicios pre-escolares o educativos que el niño está recibiendo actualmente. **Provea informes - Se requiere, por ejemplo, Reporte de Oculista, Informe Visión Funcional, OT, RT, Habla, Nutricional, etc**

Anote el **nombre** y **número de Seguro Social** del participante arriba que recibirá el estipendio de reembolso. Esto es necesario para que el Estado de Illinois escriba el cheque para este reembolso.

Nombre del Chofer: _____ **Número de Seguro Social del Chofer:** _____ - _____ - _____



Lista de Participantes

Padre / Madre Tutor (marque uno):

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono Hogar: _____ / _____

Ciudad: _____, IL Zona Postal: _____ Teléfono Trabajo: _____ / _____

Teléfono Celular: _____ / _____ Parentesco con el Niño: _____

Padre / Madre Tutor (marque uno):

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono del Hogar: _____ / _____

Ciudad: _____, IL Zip: _____ Teléfono del Trabajo: _____ / _____

Teléfono Celular : _____ / _____ Parentesco con el Niño: _____

Otros Participantes

Nombre: _____ Parentesco con el Niño: _____

Nombre: _____ Parentesco con el Niño: _____

Hermanos:

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____ Genero: _____

LISTA DE LAS PERSONAS QUE SON SUS CONTACTOS DE EMERGENCIA (que no asisten al Instituto)

Parentesco: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono: (h) _____ / _____ Teléfono: (t) _____ / _____ Teléfono: (c) _____ / _____ Teléfono: (f) _____ / _____

Acomodaciones: _____ Yo necesito un Interpretre del Lenguaje a Señas Americano

_____ Yo necesito un Interpretre de un Idioma Extranjero _____

_____ Otro _____ (idioma/lenguaje)



Estado de Illinois
 Departamento de Servicios Humanos
**2013 SOLICITUD PARA EL PROGRAMA 'OPENING DOORS' - ESCUELA PARA PERSONAS CON
 DISCAPACIDADES DE LA VISTA DE ILLINOIS**

Por favor provea información adicional que le gustaría compartir.

FIRMA DEL PADRE / MADRE O TUTOR

Yo entiendo que puedo seguir siendo responsable de la administración de medicinas de rutina que mi niño toma durante el Programa Opening Doors. También estoy de acuerdo que soy responsable financieramente de cualquier tratamiento médico que mi niño necesite mientras asiste al Programa Opening Doors.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor adjunte copias de cualquier informe de la vista y / o evaluaciones médicas / educativas disponibles.

Devuelva esta solicitud para el 15 de abril de 2013 a:

Gail Olson
 Hearing & Vision Early Intervention Outreach
 125 S. Webster Ave.
 Jacksonville, IL 62650
 Phone: 217-479-4320
 Fax: 217-479-4328

Yo me enteré del programa Opening Doors de:

_____ Oftalmólogo

_____ Médico de Familia

_____ Otro Padre / Madre

_____ Terapeuta de Intervención Temprana _____

_____ Distrito de Educación Especial _____

_____ Sitio Web de ISVI

_____ Otro _____