

# BRIDGES

## PROGRAMA BRIDGES DEL CONDADO DE SKAGIT

"Su puente de servicios desde la escuela hacia el trabajo"

### ¿POR QUÉ?

Prepararse para la vida después de que el autobús escolar deja de pasar es fundamental para las personas con discapacidades del desarrollo y sus familias. Con frecuencia, esta planificación se deja para último momento y los adultos jóvenes se quedan sin apoyos y servicios, lo cual puede dar lugar a sentimientos de aislamiento e improductividad, sin mencionar la preocupación que puede experimentar acerca de cómo esa persona recibirá apoyo durante el tiempo en el que habitualmente estaría en la escuela.

Los estudiantes se vuelven elegibles para los servicios de empleo a largo plazo una vez que se gradúan y cumplen 22 años. Con su participación en el programa Bridges, puede asegurarse de que su hijo adulto joven esté preparado para la vida después de su programa de transición.

### ¿QUIÉN?

- Debe ser cliente de una Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA) o estar dispuesto a solicitar servicios de una DDA. Un estudiante puede recibir servicios del programa Bridges mientras se procesa su solicitud y se determina su elegibilidad en la DDA. **Si se lo considera inelegible, el estudiante dejará de recibir servicios del programa Bridges.**
- Debe ser un residente del condado de Skagit de entre 18 y 22 años.
- Debe ser un estudiante inscrito en un programa de transición actual (ATTIC o INVEST).

### ¿QUÉ?

Bridges es un programa de tres años que prepara a los estudiantes con discapacidades del desarrollo para obtener un empleo al graduarse de su programa de transición a los 22 años. Bridges conecta a los estudiantes con los apoyos y servicios que los beneficiarán en la transición de los servicios escolares al empleo y la independencia. Los estudiantes trabajarán con su proveedor seleccionado de manera regular.

Los servicios del programa son individualizados para satisfacer las necesidades de los estudiantes, y pueden incluir los siguientes:

- Ayuda para completar la documentación de elegibilidad para los proveedores de servicios para adultos, como
  - o Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
  - o Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA)
  - o Departamento de Rehabilitación Vocacional (DVR)
- Planificación centrada en la persona: recopila información acerca de las evaluaciones para ayudar al estudiante a desarrollar metas de trabajo.
- Ayuda para asistir a una DDA o un DVR u obtener orientación.
- Solicitud de paratransito y capacitación en viajes con Skagit Transit



- Información de tutela
  - Asistencia en la solicitud de EBT/Cupones de Alimentos
  - Asistencia para solicitar una identificación del estado de WA
- \* Servicios NO incluidos:
- Desarrollo/colocación laboral
  - Preparación para el trabajo
- \* Estos servicios son provistos por el DVR o el distrito escolar, y el condado no puede duplicarlos.

## ¿CUÁNDO?

Los estudiantes recibirán los servicios del programa Bridges durante el período de su programa de transición. Los servicios del programa Bridges se brindarán en simultáneo con el programa de transición del estudiante, pero fuera de las horas en que el estudiante asista al programa de transición. Los servicios del programa Bridges pueden programarse en un horario que funcione para USTED.

**\*Tenga en cuenta que se aceptarán nuevas solicitudes de Bridges hasta el 1 de noviembre del 3er año de transición. Comuníquese especialista en transición si tiene preguntas (360) 416-1520.**

## ¿DÓNDE?

Los servicios del programa Bridges pueden prestarse en una variedad de ubicaciones en función de su preferencia y de lo que sea conveniente para su familia. Los servicios de Bridges pueden ser entregados en persona y/o de forma remota (reuniones virtuales, llamadas telefónicas, etc.), pero haremos lo que sea cómodo para su familia.

## ¿CÓMO?

Para participar en el Programa Puentes, complete estos pasos:

1. Complete una solicitud de elegibilidad.  
Llame para solicitar que se le envíe la solicitud por correo o imprima la solicitud fuera de nuestro sitio web: <https://www.skagitcounty.net/Departments/HumanServices/DD/transition.htm>
2. Revise y firme el formulario de consentimiento del DSHS en el paquete de solicitud: esto permite a todos los socios del sistema comunicarse sobre el progreso del estudiante en el Programa Bridges y las necesidades para el éxito futuro.
3. Complete el formulario de selección de proveedores en el paquete. Recomendamos conectarse con cada proveedor para realizar una breve entrevista antes de decidir con cuál preferiría trabajar.
4. Envíe su solicitud, formulario de consentimiento y formulario de selección de proveedores a Jen Smith escaneando y enviando un correo electrónico a [jrsmith@co.skagit.wa.us](mailto:jrsmith@co.skagit.wa.us) o enviándolo por correo a:  
Developmental Disabilities Program  
C/O Skagit County Public Health  
301 Valley Mall Way, Suite 110  
Mount Vernon, WA 98273
5. Después de ser aceptado en el programa Bridges\*, escuchará a su proveedor de servicios de empleo de su elección para programar una reunión de admisión, así como a un planificador centrado en la persona para programar una reunión y salud.

**\*Tenga en cuenta: Continuaremos con los servicios de Bridges mientras un estudiante solicite DDA, si se considera que no es elegible, el estudiante ya no recibirá los servicios de Bridges.**





# Programa de Discapacidades del Desarrollo

## 2024-25 Aplicación para Bridges

<b>Fecha</b>		<b>Distrito Escola</b>		<b>Nombre del Maestro</b>	
RESIDENTE DEL CONDADO DE SKAGIT? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			*Se Requiere Residencia en el Condado de Skagit*		
<b>Nombre del Estudiante:</b>					
		Apellido		Primer Nombre	
				Inicial del Segundo Nombre	
<b>Dirección:</b>					
		Calle		Ciudad	
				Código Postal	
<b>Contacto:</b>					
		Teléfono de Casa		Celular	
				Correo Electrónico	
¿Propio tutor legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
<b>CONTACTO PRIMARIO / TUTOR / PERSONA DE APOYO: (Debe incluir un tutor si el estudiante no es su propio tutor)</b>					
Nombre		Relación con el estudiante		Teléfono Principal	
				Correo Electrónico	
Nombre		Relación con el estudiante		Teléfono Principal	
				Correo Electrónico	
<b>INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA</b>			<b>INFORMACIÓN DSHS/DDA</b>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>			<b>ESTATUS DE DSHS/DDA: (√ todo lo que se aplica)</b>		
Mes                      Día                      Año			<input type="checkbox"/> Tiene Administrador de Casos / Recursos / NOMBRE: _____		
			<input type="checkbox"/> No Tiene Administrador de Casos / Recursos		
			<input type="checkbox"/> Aplicando / Re-aplicando / Apelando <input type="checkbox"/> Exención Básica		
<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			<input type="checkbox"/> Exención Basic Plus <input type="checkbox"/> Protección Comunitaria		
			<input type="checkbox"/> Exención CIIBS <input type="checkbox"/> Opción de Primera Elección Comunitaria		
			<input type="checkbox"/> Exención IFS <input type="checkbox"/> Pago Suplementario Estatal (SSP) <input type="checkbox"/> No Estoy Seguro Sobre el Estado de DDA		
<b>SITUACIÓN DE VIDA DEL ESTUDIANTE</b>			<b>ESTATUS EDUCATIVO</b>		
¿Quién vive contigo ahora? (√ todo lo que se aplica)			¿Estas actualmente atendiendo la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Solo / Solo yo <input type="checkbox"/> Padres de crianza			Nombre de la escuela / programa escolar: _____		
<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermano(s)			Año de salida: _____		
<input type="checkbox"/> Amigos u otros familiares <input type="checkbox"/> Detención					
<input type="checkbox"/> Hogar Familiar para Adultos <input type="checkbox"/> Refugio					
<input type="checkbox"/> Vida con apoyo (VOA Rehabco)					
<input type="checkbox"/> Pareja / cónyuge					
<input type="checkbox"/> Sin hogar					
<input type="checkbox"/> ¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<b>DSHS/DVR INFORMATION</b>		
Idioma: _____			Have you applied to DVR? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
ASL: _____			DVR Counselor's name? _____		
Otro: _____			<b>BENEFICIOS E INGRESOS DEL SEGURO SOCIAL</b>		
			(√ todo lo que se aplica)		
			BENEFICIOS DE SSI / MEDICAID <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
			BENEFICIOS DE SSDI / CDB (DAC) / MEDICARE <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
			¿Está empleado el estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
			Si es así, ¿cuánto gana el estudiante mensualmente? \$ _____		

# Programa de Discapacidades del Desarrollo

## 2024-25 Aplicación para Bridges

### Acuerdo de Participante

#### Participando en el programa, acepto:

- Completar la documentación requerida con la agencia de empleo elegida (con asistencia si es necesario)
- Trabaje con el Especialista en Empleo para completar las solicitudes de DDA, DVR y beneficios del Seguro Social
- Completar y firmar el consentimiento adjunto del DSHS para permitir la comunicación de la agencia
- Continuar participando en mi programa escolar y en las metas del IEP
- Mantener citas y comunicarse regularmente con el especialista en empleo y otros proveedores que me ayudan a el programa Bridges
- Participar en cualquier revisión necesaria para determinar la elegibilidad para un servicio pagado (DDA/DVR)
- Obtain benefits planning services as part of the DVR process

**\*Tenga en cuenta que se aceptarán nuevas solicitudes de Bridges hasta el 1 de noviembre del 3er año de student de transición.**

***He leído los requisitos de elegibilidad y las responsabilidades del programa anteriores y acepto participar en el Skagit Programa de Puentes del Condado. Entiendo que la participación en el Programa Puentes no me garantiza el acceso a el programa de apoyo a largo plazo financiado por el estado. Entiendo que puedo recibir servicios de Bridges mientras presento mi solicitud se está procesando y la elegibilidad está siendo determinada por DDA, pero si se me considera no elegible para los servicios de DDA, no lo haré recibe más tiempo bridges Services.***

---

*Firma del Estudiante*

---

*Fecha*

---

*Firma del tutor (cuando sea aplicable)*

---

*Fecha*



## AUTORIZACIÓN CONSENT

**AVISO A LOS CLIENTES:** El Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) puede ayudarle mejor si trabajamos junto a otras agencias y profesionales que le conocen a usted y a su familia. Con la firma de este formulario, usted autoriza a DSHS y a las agencias e individuos consignados abajo a usar y compartir su información confidencial. DSHS no puede negar sus beneficios si no firma este formulario a menos que su consentimiento se necesite para determinar su elegibilidad. Si no firma este formulario, DSHS aún podría compartir su información según lo permita la ley. Si tiene preguntas referentes a cómo DSHS comparte información confidencial de sus clientes o sobre sus derechos de privacidad, por favor consulte el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de DSHS o hable con la persona que le facilitó este formulario.

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE:									
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN							
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO						
NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)		OTRA INFORMACIÓN							
AUTORIZACIÓN:									
<p>Autorizo a DSHS a utilizar mi información confidencial para planificar, proveer y coordinar servicios, tratamientos, pagos y beneficios para mí o para otros propósitos autorizados por la ley. Asimismo, otorgo mi consentimiento a DSHS y a las agencias, proveedores o individuos consignados abajo, a utilizar mi información confidencial y a divulgarla para tal fin. La información pudiera ser compartida verbalmente o por transferencia electrónica de tal, por correo postal o personalmente.</p> <p><u>Marque a continuación a quiénes se incluyen en esta autorización además de DSHS, e identifíquelos por su nombre y domicilio:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de atención a la salud: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de atención de salud mental: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de servicios de dependencia química: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Otros proveedores contratados por DSHS: <b>DDA, Skagit County Public Health DD Program, Dreamcatcher Facilitation</b></p> <p><input type="checkbox"/> Programas de vivienda: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Distritos escolares o universidades: <b>School District/High School Transition Program, Skagit Valley College, ATTIC, INVEST Program</b></p> <p><input type="checkbox"/> Departamento correccional: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Seguridad de Empleo y sus asociados: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Administración del Seguro Social u otra agencia federal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ver lista adjunta</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: <b>Chinook Enterprises, Sherwood Community Services, Work Opportunities</b></p>									
<p>Autorizo y consiento a que se compartan los siguientes datos e información (marque los que se aplican):</p> <p><input type="checkbox"/> Todos mis datos como cliente    <input checked="" type="checkbox"/> <b>Información necesaria para establecer y ayudar con los servicios de elegibilidad y transición con el distrito escolar, DDA, DVR, y proveedores vocacionales contratados para abordar los objetivos de empleo de posgrado del estudiante.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Datos en la lista adjunta</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo los siguientes datos</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input checked="" type="checkbox"/> Historial familiar, social y de empleo</td> <td style="width: 25%;"><input checked="" type="checkbox"/> Información sobre atención a la salud</td> <td style="width: 25%;"><input checked="" type="checkbox"/> Planes de tratamiento o cuidado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Información sobre pagos</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Evaluaciones individuales</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación</td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> Historial familiar, social y de empleo	<input checked="" type="checkbox"/> Información sobre atención a la salud	<input checked="" type="checkbox"/> Planes de tratamiento o cuidado	<input type="checkbox"/> Información sobre pagos	<input checked="" type="checkbox"/> Evaluaciones individuales	<input checked="" type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación
<input checked="" type="checkbox"/> Historial familiar, social y de empleo	<input checked="" type="checkbox"/> Información sobre atención a la salud	<input checked="" type="checkbox"/> Planes de tratamiento o cuidado							
<input type="checkbox"/> Información sobre pagos	<input checked="" type="checkbox"/> Evaluaciones individuales	<input checked="" type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación							
<p><b>Tenga en cuenta: Si sus datos como cliente incluyen alguno de los siguientes, usted también debe completar esta sección para incluir esos datos.</b></p> <p>Doy mi consentimiento para divulgar los siguientes datos (marque los que se aplican):</p> <p><input type="checkbox"/> Salud mental    <input type="checkbox"/> VIH/SIDA y resultados de pruebas, diagnóstico o tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (STD)</p> <p><input type="checkbox"/> Registros de trastorno de consumo de sustancias (42 CFR Parte 2)</p>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Este consentimiento es válido por <input type="checkbox"/> un año <input type="checkbox"/> mientras DSHS necesite los datos, o <input type="checkbox"/> hasta _____ (fecha o evento).</li> <li>Puedo revocar o cancelar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, pero esto no afectará la información ya compartida.</li> <li>Comprendo que los datos compartidos bajo este consentimiento podrían no estar protegidos bajo las leyes que competen a DSHS.</li> <li>Una copia de este formulario es válida para autorizar a compartir los datos.</li> </ul>									
FIRMA	FECHA	TESTIGO/NOTARIO (FIRMAR Y ESCRIBIR EL NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, SI ES NECESARIO)	FECHA						
FIRMA DEL PADRE/MADRE O DE OTRO REPRESENTANTE (DE SER APLICABLE)		NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	FECHA						
<p>Si no soy el titular de los datos, estoy autorizado a firmar porque soy el: (adjunte evidencia de autoridad)</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/Madre    <input type="checkbox"/> Guardián legal (adjuntar orden judicial)    <input type="checkbox"/> Representante personal    <input type="checkbox"/> Otro:</p>									

**AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN:** Si estos datos contienen información sobre VIH, enfermedades de transmisión sexual o SIDA, usted no puede divulgar la información sin el expreso consentimiento del cliente. Si recibe información relacionada con abuso de drogas o alcohol por parte del cliente, usted debe incluir la siguiente declaración cuando divulgue la información según lo requiere 42 CFR 2.32: Esta información le ha sido proporcionada de datos protegidos por regulaciones federales en materia de confidencialidad (42 CFR sección 2). Las regulaciones federales le prohíben divulgar esta información a menos que lo autorice expresamente, por escrito, la persona a quien le pertenece o que de otra manera esté permitido por la regulación 42 CFR sección 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito. Las regulaciones federales limitan el uso de la información para investigar o procesar penalmente el uso de alcohol o drogas por parte de un paciente.

## AUTORIZACIÓN CONSENT

**AVISO A LOS CLIENTES:** El Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) puede ayudarle mejor si trabajamos junto a otras agencias y profesionales que le conocen a usted y a su familia. Con la firma de este formulario, usted autoriza a DSHS y a las agencias e individuos consignados abajo a usar y compartir su información confidencial. DSHS no puede negar sus beneficios si no firma este formulario a menos que su consentimiento se necesite para determinar su elegibilidad. Si no firma este formulario, DSHS aún podría compartir su información según lo permita la ley. Si tiene preguntas referentes a cómo DSHS comparte información confidencial de sus clientes o sobre sus derechos de privacidad, por favor consulte el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de DSHS o hable con la persona que le facilitó este formulario.

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE:									
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN							
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO						
CÓDIGO POSTAL									
NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)		OTRA INFORMACIÓN							
AUTORIZACIÓN:									
<p>Autorizo a DSHS a utilizar mi información confidencial para planificar, proveer y coordinar servicios, tratamientos, pagos y beneficios para mí o para otros propósitos autorizados por la ley. Asimismo, otorgo mi consentimiento a DSHS y a las agencias, proveedores o individuos consignados abajo, a utilizar mi información confidencial y a divulgarla para tal fin. La información pudiera ser compartida verbalmente o por transferencia electrónica de tal, por correo postal o personalmente.</p> <p><u>Marque a continuación a quiénes se incluyen en esta autorización además de DSHS, e identifíquelos por su nombre y domicilio:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de atención a la salud: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de atención de salud mental: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de servicios de dependencia química: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Otros proveedores contratados por DSHS: <u>Division of Vocational Rehabilitation (DVR)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Programas de vivienda: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Distritos escolares o universidades: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento correccional: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Seguridad de Empleo y sus asociados: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Administración del Seguro Social u otra agencia federal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ver lista adjunta</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>									
<p>Autorizo y consiento a que se compartan los siguientes datos e información (marque los que se aplican):</p> <p><input type="checkbox"/> Todos mis datos como cliente    <input checked="" type="checkbox"/> <b>Información necesaria para establecer y ayudar con los servicios de elegibilidad y transición con el distrito escolar, DDA, DVR, y proveedores vocacionales contratados para abordar los objetivos de empleo de posgrado del estudiante.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Datos en la lista adjunta</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo los siguientes datos</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input checked="" type="checkbox"/> Historial familiar, social y de empleo</td> <td style="width: 25%;"><input checked="" type="checkbox"/> Información sobre atención a la salud</td> <td style="width: 25%;"><input checked="" type="checkbox"/> Planes de tratamiento o cuidado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Información sobre pagos</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Evaluaciones individuales</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación</td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> Historial familiar, social y de empleo	<input checked="" type="checkbox"/> Información sobre atención a la salud	<input checked="" type="checkbox"/> Planes de tratamiento o cuidado	<input type="checkbox"/> Información sobre pagos	<input checked="" type="checkbox"/> Evaluaciones individuales	<input checked="" type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación
<input checked="" type="checkbox"/> Historial familiar, social y de empleo	<input checked="" type="checkbox"/> Información sobre atención a la salud	<input checked="" type="checkbox"/> Planes de tratamiento o cuidado							
<input type="checkbox"/> Información sobre pagos	<input checked="" type="checkbox"/> Evaluaciones individuales	<input checked="" type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación							
<p><b>Tenga en cuenta: Si sus datos como cliente incluyen alguno de los siguientes, usted también debe completar esta sección para incluir esos datos.</b></p> <p>Doy mi consentimiento para divulgar los siguientes datos (marque los que se aplican):</p> <p><input type="checkbox"/> Salud mental    <input type="checkbox"/> VIH/SIDA y resultados de pruebas, diagnóstico o tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (STD)</p> <p><input type="checkbox"/> Registros de trastorno de consumo de sustancias (42 CFR Parte 2)</p>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este consentimiento es válido por <input type="checkbox"/> un año <input type="checkbox"/> mientras DSHS necesite los datos, o <input type="checkbox"/> hasta _____ (fecha o evento).</li> <li>• Puedo revocar o cancelar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, pero esto no afectará la información ya compartida.</li> <li>• Comprendo que los datos compartidos bajo este consentimiento podrían no estar protegidos bajo las leyes que competen a DSHS.</li> <li>• Una copia de este formulario es válida para autorizar a compartir los datos.</li> </ul>									
FIRMA	FECHA	TESTIGO/NOTARIO (FIRMAR Y ESCRIBIR EL NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, SI ES NECESARIO)	FECHA						
FIRMA DEL PADRE/MADRE O DE OTRO REPRESENTANTE (DE SER APLICABLE)		NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	FECHA						
<p>Si no soy el titular de los datos, estoy autorizado a firmar porque soy el: (adjunte evidencia de autoridad)</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/Madre    <input type="checkbox"/> Guardián legal (adjuntar orden judicial)    <input type="checkbox"/> Representante personal    <input type="checkbox"/> Otro:</p>									

**AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN:** Si estos datos contienen información sobre VIH, enfermedades de transmisión sexual o SIDA, usted no puede divulgar la información sin el expreso consentimiento del cliente. Si recibe información relacionada con abuso de drogas o alcohol por parte del cliente, usted debe incluir la siguiente declaración cuando divulgue la información según lo requiere 42 CFR 2.32: Esta información le ha sido proporcionada de datos protegidos por regulaciones federales en materia de confidencialidad (42 CFR sección 2). Las regulaciones federales le prohíben divulgar esta información a menos que lo autorice expresamente, por escrito, la persona a quien le pertenece o que de otra manera esté permitido por la regulación 42 CFR sección 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito. Las regulaciones federales limitan el uso de la información para investigar o procesar penalmente el uso de alcohol o drogas por parte de un paciente.

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

**Propósito:** Use este formulario cuando necesite autorización para utilizar información confidencial de un cliente de DSHS de manera regular o para compartir esa información con otras agencias para coordinar servicios, tratamientos, pagos u operaciones de la agencia o para otros propósitos reconocidos legalmente. La palabra cliente se refiere a personas que reciben beneficios o servicios por parte de DSHS.

**Utilización:** Llene este formulario a máquina, de ser posible, para una mejor lectura. **Se deben usar diferentes formularios para cada persona, así como para los niños.** La palabra “usted” en las instrucciones se refiere al empleado de DSHS y la palabra “usted” en el formulario se refiere al cliente. Compartir datos incluye el uso y la divulgación de información confidencial de un cliente.

### Secciones del formulario:

#### IDENTIFICACIÓN:

- **Nombre:** Suministre sólo el nombre de un cliente por formulario. Incluya todo nombre anterior que el cliente haya usado al recibir los servicios.
- **Fecha de nacimiento:** Necesaria para distinguir al cliente de personas con nombres similares.
- **Número de identificación:** Suministre el número de identificación del cliente u otra identificación como el número de seguro social (no se requiere) para poder identificar los datos, el historial y los servicios recibidos.
- **Domicilio y número telefónico:** Información adicional que ayudará a ubicar, identificar o contactar al cliente.
- **Otro:** Ingrese en esta casilla toda información adicional que pudiera ayudar a localizar los datos que incluyan participación de DSHS a través de servicios; nombre de familiares u otra información relevante.

#### CONSENTIMIENTO (AUTORIZACIÓN):

- **Agencias o individuos intercambiando datos:** El hecho de que el cliente llene este formulario permite usar y compartir información confidencial en el ámbito de DSHS. DSHS podrá divulgar y recibir información confidencial de agencias externas o de las personas indicadas. Suministre información que identifique a las agencias o proveedores, incluyendo nombre, domicilio o localidad si fuera posible. Asimismo, puede adjuntar una lista de agencias autorizadas a compartir información que el cliente también debe firmar.
- **Información incluida:** Los clientes deben indicar qué datos contempla la autorización. Los clientes pueden poner a disposición todos los datos o limitarlos por fecha, clase o fuente. Si el cliente no firma una autorización o no especifica un dato en particular, compartir tal dato todavía será válido si la ley lo permite. Usted puede adjuntar una lista de los datos cubiertos que el cliente también debe firmar. Si alguno de los datos incluye información relacionada con la salud mental (RCW 71.05.620); VIH/SIDA; pruebas o tratamientos para enfermedades de transmisión sexual (RCW 70.02.220) o servicios para drogadicción y alcoholismo (42 CFR 2.31(a)(5)), el cliente debe marcar estas áreas específicamente para autorizar la divulgación de estos datos. Este formulario no es válido para incluir datos de psicoterapia bajo la regulación 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) y se debe llenar un formulario por separado para incluir estos datos.
- **Duración:** Incluya una fecha de caducidad para la autorización que satisfaga los propósitos de su programa o según lo permita la ley.
- **Comprensión:** Asegúrese de que el cliente comprenda el tipo de autorización que está concediendo y cómo y por qué motivo se compartirá la información. Si fuera necesario, utilice un formulario traducido y un intérprete o lea el formulario en voz alta. Si el cliente necesita más información, proporcione una copia adicional del Aviso sobre Prácticas de Privacidad de DSHS o derive al cliente al oficial de divulgación pública correspondiente a su unidad.

#### FIRMAS:

- **Cliente:** Haga que el cliente o el menor que cuenta con la edad requerida para conceder la autorización (13 años para salud mental y servicios de drogadicción y alcoholismo; 14 años para VIH/SIDA y otra enfermedad de transmisión sexual; cualquier edad para el control de natalidad o abortos; 18 años para atención a la salud y otros datos) firme este casillero y coloque la fecha en que se firmó. El cliente podría sustituir una marca en este casillero, señalándolo a usted como testigo.
- **Testigo o notario:** Podría requerirse un testigo o notario para verificar su identidad si no presenta este formulario en persona y si un programa solicita la verificación. Esta persona debe firmar y escribir su nombre con letra de molde.
- **Padre/madre u otro representante:** Si el menor no cuenta con la edad requerida para la autorización, uno de los padres o el guardián debe firmar. Si el menor no cuenta con la edad requerida para que todos los datos se compartan, tanto el menor como el padre deben firmar. Si el cliente fue declarado legalmente incompetente, el guardián asignado judicialmente debe firmar y proporcionar una copia de la orden de asignación. Si alguien está firmando en otra condición (incluyendo una persona con un poder o un representante patrimonial), marque “otro” y obtenga una copia de la autoridad legal para actuar. La persona que firma debe colocar la fecha en que firmó y proporcionar un número telefónico o información de contacto.

# DVR Brief Intake Form

900 E College Way, Suite 120, Mount Vernon, WA 98273

(360) 429-3097 - [DVRMountVernonOnlineReferral@dshs.wa.gov](mailto:DVRMountVernonOnlineReferral@dshs.wa.gov)

---

Date	First Name	Middle Name	Last Name
------	------------	-------------	-----------

---

Preferred Name	Date of Birth	Social Security #
----------------	---------------	-------------------

---

Primary Phone #	Secondary Phone #	Email Address
-----------------	-------------------	---------------

---

Mailing Address

---

City	State	ZIP Code
------	-------	----------

---

Address Type <small>(Home, School, Temp, Work, Other, Mailing)</small>	Residence Type <small>(Private, Correctional, Halfway House, Homeless, MH Facility, Nursing Home, Rehab Facility, Substance Use Treatment Center)</small>
---	--

---

Preferred Contact Method	Gender and Pronouns
--------------------------	---------------------

---

Primary Preferred Language	Accommodation Needs/Translation Needs
----------------------------	---------------------------------------

---

Disabilities & Barriers to consider (please give details):

---

What would you like from DVR?

---

I-9 Documents: Yes  No

Previous Customer: Yes  No

Tribal Affiliation: Yes  No

Do you receive public benefits or services such as Social Security or EBT: Yes  No

---

Referred by

DVR Staff Name

Medicare: Yes  No  Medicaid: Yes  No

# BRIDGES

## SKAGIT COUNTY PUBLIC HEALTH

**Indique con qué proveedor prefiere inscribirse para el Programa Bridges\***  
*Asegúrese de incluir esto en su paquete de solicitud*



Chinook Enterprises  
(360) 428-0140  
rsilva@chinookenterprises.org



Sherwood Community Services  
(425) 367-2056  
lraitz@sherwoodcs.org



Work Opportunities  
(425) 280-1369  
hannahv@workopportunities.org

\*Tenga en cuenta que haremos todo lo posible para inscribirlo con el proveedor que usted prefieren, pero es posible que deban ajustar esta opción debido a la capacidad. Si este cambio es necesario, se comunicará con usted antes de iniciar sus servicios de Bridges.



Creemos que todos necesitan un lugar para conectarse y contribuir; Sentirse valorado y apreciado. Para la mayoría de nosotros, eso significa un trabajo.



**Quiénes somos**

Somos una organización sin fines de lucro con la misión social de apoyar la plena participación en la vida comunitaria de las personas con discapacidades u otras barreras. Creemos que la plena participación comienza con un empleo exitoso y estamos aquí para ayudarlo a navegar esta transición y hacerse cargo de su futuro.

**Celebrando 40 años**

Durante más de 40 años, hemos hecho que nuestra prioridad sea participar activamente en nuestra comunidad a través de asociaciones con nuestros clientes y las empresas del Condado de Skagit. Nuestro personal ofrece una amplia gama de antecedentes educativos y profesionales para brindarle el mejor servicio posible para ayudarlo a alcanzar sus objetivos.



**Centrado en la persona**

Nos esforzamos por ayudarlo a trazar su camino hacia el éxito.

**Personalizado**

Úsanos como su brújula para descubrir recursos valiosos.

**Planificación.**

Estamos aquí para apoyarte en cada paso del camino.



SCAN ME



**360-428-0140**

Email : [info@chinookenterprises.org](mailto:info@chinookenterprises.org)  
 Website : [www.ChinookEnterprises.org](http://www.ChinookEnterprises.org)  
 Address : 2026 N. LaVenture Rd. Mount Vernon, WA 98273



[facebook.com/chinookenterprises.getjobs](https://facebook.com/chinookenterprises.getjobs)





# Servicios Vocacionales

Sabias que, a nivel nacional, solo sobre el 20% de las personas con discapacidad están empleadas?

## No Formes parte del 80!

Deje que Sherwood apoye a su familia para lograr un empleo **ANTES** de graduarse.



Hable con el maestro de su estudiante sobre el **programa Bridges** y como puede ayudar a su estudiante a tener éxito en el empleo.

Hay mucho que hacer para prepararse para la vida.

## Sherwood puede ayudar!

Los especialistas en empleo altamente capacitados y experimentados de Sherwood lo ayudaran a navegar por el mundo de los apoyos que tomaran el control después de que finalicen los años escolares.

La asociación con Sherwood para el **Programa de Bridges** lo ayudara a prepararse para unirse al **100%** de los estudiantes que se han graduado de nuestro programa de escuela para trabajar con empleo remunerado.

*Habla con tu maestra o contáctanos hoy:*

Lindsay Raitz

[Lraitz@sherwoodcs.org](mailto:Lraitz@sherwoodcs.org)

425-367-2056

2021 E College Way Suite 112

Mount Vernon, WA 98273



Servicios innovadores e inclusivos para niños y adultos con discapacidad en sus comunidades.



[www.sherwoodcs.org](http://www.sherwoodcs.org)

Encuétranos en Facebook: [www.facebook.com/SherwoodCommunityServices](https://www.facebook.com/SherwoodCommunityServices)



# WORK OPPORTUNITIES

**Work Opportunities** es una agencia sin fines de lucro que ha estado brindando apoyo laboral durante los últimos 60 años a personas con discapacidades en el oeste del estado de Washington.



Un Especialista en Empleo (también conocido como entrenador laboral) le brindará apoyo personalizado e individualizado en su viaje laboral.

## ¿Cómo podemos ayudar?

- Entrenamiento para la búsqueda de empleo
- Práctica de habilidades para la entrevista
- Apoyo con los empleadores
- Crear materiales de marketing
  - Currículum (papel o video)
  - Carta de presentación
  - Propuesta de Empleo
- Capacitación en la práctica laboral
- Entrenamiento de habilidades sociales
- Empleo personalizado
- Planeación centrada en la personal
- Edificio de alojamiento
- Alentando la Independencia

.... ¡y mucho más!

**¿Quiere Más Información?  
¡Contáctenos!**

Hannah Voss, Subgerenter

☎ (425)-280-1369

✉ hannahv@workopportunities.org

*La misión de Oportunidades de Trabajo es promover la autodeterminación, el respeto propio y la participación valiosa en la comunidad de personas con discapacidades a través del trabajo.*



**¡Mira nuestro  
sitio web!**

[www.workopportunities.org](http://www.workopportunities.org)



**¡Ve nuestras  
historias en  
Vimeo!**



# ENTREVISTAR Y ELEGIR UN PROVEEDOR DE EMPLEO

Los proveedores son agencias calificadas que tienen un contrato directo con el condado de Skagit para proporcionar Servicios de Bridges y, en última instancia, Servicios de Career Path (Empleo e Inclusión Comunitaria). Los proveedores tienen experiencia en apoyar a las personas con objetivos de empleo. Le recomendamos llamar a los proveedores y hacer una cita de entrevista de elección para ayudar en el proceso de toma de decisiones. A medida que se entreviste a diferentes proveedores, comparta sus ideas y pregúnteles cómo pueden ayudarlo a alcanzar sus metas profesionales.

Los Proveedores:

## Chinook Enterprises

Renee Silva  
(360) 428-0140  
rsilva@chinookenterprises.org

## Sherwood Community Services

Lindsay Raitz  
(425) 367-2056  
lraitz@sherwoodcs.org

## Work Opportunities

Hannah Voss  
(425) 280-1369  
hannahv@workopportunities.org

Aquí hay algunas preguntas de ejemplos para ayudarlo a comenzar:

- Estoy interesado en un trabajo en los siguientes lugares o áreas de especialización vocacional \_\_\_\_\_.  
¿Tienen conexiones en estas áreas? ¿Cómo me ayudarías?
- Mi experiencia laboral es limitada y no estoy seguro de lo que quiero hacer. ¿Cómo podrían ayudarme explorar mis opciones?
- ¿Cuál será MI papel en la búsqueda de un trabajo? ¿Cuál es SU papel en ayudarme a encontrar un trabajo?
- ¿Apoyan a otras personas en mi comunidad? ¿Qué tipo de conexiones tienen con las empresas en el área en la que vivo?
- ¿Cómo me pueden ayudar con el transporte?
- ¿A cuántas personas atiende su agencia? ¿A cuántas otras personas apoyarán mi mentor laboral? ¿Con qué frecuencia puedo esperar ver a mi mentor de trabajo?
- ¿Cómo se mantendrá una comunicación abierta conmigo, mis padres, tutores y otras personas significativas? (Correo electrónico, teléfono, texto o por escrito)
- ¿Cómo me ayudarían si tengo necesidades especiales tales como: medicamentos, cuidado personal, diversidad cultural, problemas de comportamiento o comunicación o problemas de seguridad?
- ¿Pueden compartir información sobre sus éxitos con la colocación laboral y/o una historia creativa?