



# PROJECT REACH: Illinois Deaf-Blind Services

*Serving youth who are deaf-blind, their families, and  
their schools*

**Favor de regresar ésta forma a:**

Philip J. Rock Center & School  
818 DuPage Blvd., Glen Ellyn, IL 60137  
(630) 790-2474/ (800) 771-1158  
En Español (773) 427-9770  
TTY: (800) 771-1232/FAX: (630) 790-4893  
Correo Electrónico: [PRC@aol.com](mailto:PRC@aol.com)

## FORMA A: REFERIDO INICIAL PARA LA DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Distrito Escolar/CFC: \_\_\_\_\_ Programa/Escuela Actual: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto en el Programa Actual: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Tutores: \_\_\_\_\_  
Madre Padre

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
(Si es diferente a la del niño)

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma primario en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Hay algún otro tutor legal además de los padres? Si No

Si la contestación a la pregunta anterior es Si....  
Nombre Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Causa del Impedimento Visual-Auditivo (si se conoce): \_\_\_\_\_

\*Estado de la Visión (si se conoce): \_\_\_\_\_

\*Estado de la Audición (si se conoce): \_\_\_\_\_

\*      Favor de incluir los reportes de diagnostico de visión y audición mas recientes



# PROJECT REACH: Illinois Deaf-Blind Services

*Serving youth who are deaf-blind, their families, and  
their schools*

**Favor de regresar ésta forma a:**

Philip J. Rock Center & School  
818 DuPage Blvd., Glen Ellyn, IL 60137  
(630) 790-2474/ (800) 771-1158  
En Español (773) 427-9770  
TTY: (800) 771-1232/FAX: (630) 790-4893  
Correo Electrónico: [PRC@aol.com](mailto:PRC@aol.com)

Forma de Referido A:  
Pagina 2

Nombre de la persona haciendo el referido: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Como conoce al niño? \_\_\_\_\_

¿Qué ayuda necesita? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra cosa que usted quisiera hacernos saber? \_\_\_\_\_

**Este referido es el resultado de:**

- \_\_\_\_\_ haber recibido asistencia técnica para otro niño(a).
- \_\_\_\_\_ haber tenido conocimiento anteriormente de los servicios de Project Reach.
- \_\_\_\_\_ la recomendación de un colega.
- \_\_\_\_\_ la recomendación de un miembro de su familia.
- \_\_\_\_\_ haber asistido a una conferencia o un entrenamiento.
- \_\_\_\_\_ haber recibido información de Project Reach por correo.
- \_\_\_\_\_ su visita a la pagina Web de Project Reach.
- \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

*Un especialista de impedimentos de visión-audición se comunicará con usted para hacerle seguimiento a ésta solicitud.*