



PROJECT REACH: Illinois Deaf-Blind Services

Servir jóvenes que son sordo-ciego, sus familias, y sus escuelas

Favor de volverle a esta forma a:
Philip J. Rock Center & School
818 DuPage Blvd., Glen Ellyn, IL 60137
(630)790-2474/(800)771-1158
TTY: (800)771-1232/FAX: (630)790-4893
Email: PRC@philiprockcenter.org

FORMA B: DEMANDA POR AYUDA TÉCNICA

Si a usted le gustaría recibir ayuda técnica gratis por su niño o un estudiante que es sordo-ciegos (tiene los dos una visión y pérdida de la audición), favor de completar y le vuelve a esta forma Proyectar Alcance. Una vez éste se recibe información, se contactará determinar el tipo de ayuda técnica que requiere y cuando es el tiempo mejor a horario la visita.

Nombre de Persona que Hace Pedir: _____

Padre/ Título del Trabajo: _____ Fecha: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Zip Teléfono

Instrucciones: Favor de marcarle las categorías que relatan a su demanda específica.

Demanda del visitar de la ayuda técnica individual por:

Nombre de niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Zip: _____

Teléfono: _____

En casa o A escuela

Demanda del Inservice Instrucción a:

Nombre del programa: _____

Persona del contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Zip: _____

Teléfono: _____

Tópicos de ayuda técnica pidieron (favor de verificar área (s) de interés):

- | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Académicos | <input type="checkbox"/> Habilidades Diarias Vivientes |
| <input type="checkbox"/> Conducta | <input type="checkbox"/> Recursos por Familias |
| <input type="checkbox"/> Collaborative Planificación | <input type="checkbox"/> Self-Advocacy |
| <input type="checkbox"/> Comunicación | <input type="checkbox"/> Habilidades Sociales/ Amistad |
| <input type="checkbox"/> Curricular Fomento | <input type="checkbox"/> Preschool Transición |
| <input type="checkbox"/> IEP/ IFSP Cualidad | <input type="checkbox"/> Adolescente/ Transición del Adulto |
| <input type="checkbox"/> Escuela de la Inclusión | <input type="checkbox"/> Visión/ Audición Médico |
| <input type="checkbox"/> Comunidad de la Inclusión | <input type="checkbox"/> Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Recreación | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Demanda del préstamo del materials del Centro del Recurso: ¿Qué artículos quiere pedir prestado?
