



# APLICACIÓN PARA SOLICITAR SERVICIOS DE APOYO A DISCAPACITADOS

Nombre \_\_\_\_\_ SWC ID #: \_\_\_\_\_  
*Escriba en letra de imprenta Apellido*      *Nombre*      *I*

Dirección \_\_\_\_\_  
*Calle*      *Ciudad*      *Estado*      *Código Postal*

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_ Contacto de emergencia \_\_\_\_\_  
*Nombre*

Correo Electronico \_\_\_\_\_ Contacto de emergencia \_\_\_\_\_  
*Teléfono*

**Southwestern College, a través de la oficina de Servicios de Apoyo a Discapacitados (DSS) proporciona servicios a estudiantes con discapacidades verificadas que intentan completar cursos. Al llenar esta aplicación estará de acuerdo para solicitar los servicios de DSS.**

**Marque la discapacidad a la cual califica:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Deterioro Visual          | <input type="checkbox"/> Sordo/Con dificultad al oír | <input type="checkbox"/> Lenguaje/Comunicación Oral        |
| <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Adquirida | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Un alumno de lento aprendizaje    |
| <input type="checkbox"/> Movilidad                 | <input type="checkbox"/> Psicológico                 | <input type="checkbox"/> Otras Condiciones de Salud: _____ |

**¿A qué edad ocurrió su discapacidad? \_\_\_\_\_ ¿Como impacta su aprendizaje esa discapacidad?**

**Favor de anotar cualquier acomodación académica que haya recibido previamente:**

**¿Ha recibido anteriormente Servicios de Educación Especial?**

- Programa de Recursos de Especialista (RSP)     Clases Diurnas Especiales (SDC)     Lenguaje/Terapia Oral     Otro

**¿Es usted cliente de alguna de las siguientes agencias?**

- Departamento de Rehabilitación     Centro Regional     Rehabilitación de VA     Salud Mental del Condado

**¿Ha solicitado alguna vez o está participando actualmente en alguno de los programas siguientes?**

- EOPS     Puente     MESA     Ayuda Económica     CalWORKs

**¿Er veterano? (optional)**       Yes     No

**Responsabilidades estudiantiles**

1. Proveere a DSS con documentos recientes (Medicos, Educativos, etc...) que verifiquen mi discapacidad.
2. Me reuniré anualmente con personal del DSS para actualizar mi Contrato Educativo Estudiantil (SEC).
3. Seguiré la Polítiza de Servicio de DSS.
4. Obedeceré las Normas de Conducta Estudiantil que se encuentran en el Manual de Principios del Southwestern College.

**Certifico que esta información es verdaderas, y que entiendo las cuatro responsabilidades responsabilidades estudiantiles.**

**Firma del solicitante** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

Recivi información de registro de elector conforme al Acta de Registro Electoral Nacional (**National Voter Registration Act**)  
 Para Solicitar este material por comunicacion alternativa multimedia, favor de llamar a voz (619) 482-6512  
 or VP (619) 207-4480.

Office Use: Date Received \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_