



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*

Numeros _____ Fecha de Nacimiento: _____
Celular/Casa

Confidencial _____ Contacto de emergencia _____
 (para dejar mensajes privados) *Nombre*

_____ Contacto de emergencia _____
Correo Electronico del Colegio *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/dificultad al oír | <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de Atención |
| <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Adquirida | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Espectro Autismo |
| <input type="checkbox"/> Movilidad | <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de Lenguaje | <input type="checkbox"/> Otras Condiciones de Salud: _____ | |

¿A qué edad ocurrió su discapacidad? _____ ¿Como impacta su aprendizaje con 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

¿Es usted cliente de? Departamento de Rehabilitación Centro Regional Salud Mental del Condado

¿Ha solicitado o participando en alguno de los programas siguientes? EOPS Ayuda Económica

¿Eres veterano? (optional) Yes No

Responsabilidades estudiantiles

1. Provee a DSS con documentos recientes (Medicos, Educativos, etc...) que verifiquen mi discapacidad.
2. Me reuniré con un Professional de DSS para revisar mi progreso académico cada semestre.
3. Seguiré la Póliza de Servicio de DSS.

Certifico que esta información es verdadera, y que entiendo las tres responsabilidades estudiantiles.

Una vez que se haya procesado su solicitud sepa que puede tomar hasta dos semanas para que programe su cita de elegibilidad.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Recibi 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 O VP (619) 207-4480

Office Use: Date Received: _____ Initials: _____