



## Recipient of VR Services Consent Form

**Note to Parent/Guardian:** Your child has been referred to participate in Pre-Employment Transition services (Pre-ETS) through the University of Oklahoma. Pre-ETS activities are designed to assist and prepare recipients for transition from high school to post-secondary education, workplace readiness, and self-advocacy. Pre-ETS specialists visit your recipient's school and provide education based on individual needs and interest.

This is a no-cost program. In collaboration with the Oklahoma Department of Rehabilitation Services, Pre-ETS provides services to recipients with disabilities age 14-21. This is a FREE program. If you feel your child could benefit from these services, please complete the form below.

### Completed by Parent/Guardian or Adult Recipient of VR Services:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |                |                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|--|
| Recipient Legal First Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                      | Middle Initial | Recipient Legal Last Name    |  |
| Recipient Date of Birth                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Gender<br><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Undisclosed                         |                | Graduation Date (Month/Year) |  |
| Recipient Race (check all that apply)<br><input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African-American<br><input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Pacific Islander or Native Hawaiian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                      |                |                              |  |
| Recipient Mailing Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                      | City           | Zip Code                     |  |
| Email Address                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                      | School         |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Yes, this recipient is an individual with a documented disability. This recipient is eligible to receive Special Education Services. |                |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Yes, this recipient has applied for -OR- is receiving VR services from OK Dept. of Rehabilitation Services                           |                |                              |  |
| By signing, I give permission for the recipient listed above to participate in the Pre-ETS program activities. I understand the program is voluntary and I reserve the right to withdraw at any time. I give permission for this recipient's IEP transition goals to be discussed with the Pre-ETS Specialist. I give permission for data to be reported to the OK Department of Rehabilitation Services. I understand that this information is confidential and will not be disclosed beyond OK Department of Rehabilitation Services. |                                                                                                                                      |                |                              |  |
| Parent/Guardian Signature Or Adult Signature                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                      |                | Date:                        |  |

### Completed by School Staff:

|                                                                                                                                                                                                      |                  |                     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|--|
| School Staff Name:                                                                                                                                                                                   |                  | School Staff Title: |  |
| School Staff Email:                                                                                                                                                                                  | Staff Signature: | Date:               |  |
| Does the recipient have any of the following documentation?<br><input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> Documented Disability <input type="checkbox"/> N/A |                  |                     |  |



## Formulario de consentimiento del destinatario de los servicios de VR

**Nota para los padres/tutores:** Su hijo ha sido recomendado para participar en los servicios de transición previa al empleo (Pre-ETS) a través de la Universidad de Oklahoma. Las actividades de Pre-ETS están diseñadas para ayudar y preparar a los destinatarios para la transición de la escuela secundaria a la educación postsecundaria, la preparación para el lugar de trabajo y la autodefensa. Los especialistas de Pre-ETS visitarán la escuela del destinatario y brindarán educación basada en las necesidades e intereses individuales.

**Este es un programa sin costo.** En colaboración con el Departamento de Servicios de Rehabilitación de Oklahoma, Pre-ETS brinda servicios a destinatarios con discapacidades de entre 14 y 21 años. Este es un programa gratuito. Si cree que su hijo podría beneficiarse de estos servicios, complete el formulario a continuación.

### Completado por el padre/tutor o destinatario adulto:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |                            |                                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|--|
| Nombre legal del destinatario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                    | Initial del segundo nombre | Apellido legal del destinatario |  |
| Fecha de nacimiento del destinatario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Género<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> No revelado                                |                            | Fecha de graduación (mes/año)   |  |
| Carrera destinatario ( <i>marque todo lo que corresponda</i> )<br><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico o nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |                            |                                 |  |
| Dirección postal del destinatario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    | Ciudad                     | Código postal                   |  |
| Dirección de correo electrónico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    | Escuela                    |                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sí, este destinatario es una persona con una discapacidad documentada. Este destinatario es elegible para recibir servicios de educación especial. |                            |                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sí, este destinatario ha solicitado -O- está recibiendo servicios de realidad virtual del Departamento de Servicios de Rehabilitación de OK.       |                            |                                 |  |
| Al firmar, doy permiso para que el destinatario mencionado anteriormente participe en las actividades del programa Pre-ETS. Entiendo que el programa es voluntario y me reservo el derecho de retirarme en cualquier momento. Doy permiso para que los objetivos de transición del IEP de este destinatario se analicen con el especialista de Pre-ETS. Doy permiso para que los datos se informen al Departamento de Servicios de Rehabilitación de OK. Entiendo que esta información es confidencial y no se divulgará más allá del Departamento de Servicios de Rehabilitación de OK. |                                                                                                                                                    |                            |                                 |  |
| Firma del padre/tutor o firma del destinatario adulto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                    |                            | Fecha:                          |  |

### Completado por el personal de la escuela:

|                                                                                                                                                                                                |                     |                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|--|
| Nombre del personal escolar:                                                                                                                                                                   |                     | Título del personal escolar: |  |
| Correo electrónico del personal de la escuela:                                                                                                                                                 | Firma del personal: | Fecha:                       |  |
| ¿Tiene el destinatario la siguiente documentación?<br><input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> Discapacidad documentada <input type="checkbox"/> N/A |                     |                              |  |