



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 ☐ Male ☐ Female ☐ Undisclosed		Graduation Date (Month/Year)	
Recipient Race (check all that apply) ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African-American ☐ Hispanic or Latino ☐ Pacific Islander or Native Hawaiian ☐ White ☐ 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? ☐ IEP ☐ 504 ☐ Documented Disability ☐ 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 ☐ Masculino ☐ Femenina ☐ No revelado		Fecha de graduación (mes/año)	
Carrera destinatario (<i>marque todo lo que corresponda</i>) ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano o Latino ☐ Isleño del Pacífico o nativo de Hawái ☐ Blanco ☐ 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? ☐ IEP ☐ 504 ☐ Discapacidad documentada ☐ N/A			