

Yo, _____, he seleccionado a _____
 (Nombre del estudiante) (Nombre de la agencia de empleo)

como mi agencia de empleo (Agencia) para el programa "De la Escuela al Trabajo" (S2W, por sus siglas en inglés).

- Participo en un modelo de S2W a 2 años y Job Foundations será mi primera fase de servicio a partir del día _____.
- Participo en un modelo de S2W a 1 año, comenzando con Job Foundations el _____ con una fecha de inicio esperada de S2W el día _____.
- No participo en Job Foundations y comenzaré los servicios de S2W el _____.

Mi equipo de S2W:

Maestro(a), _____, en el Distrito Escolar _____
 Padre/Madre/Proveedor, _____
 Consultor de empleo (si se ha determinado), _____
 Administrador del caso de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (si corresponde), _____
 Asesor de la División de Rehabilitación Vocacional (si corresponde), _____

Comprendo que:

- Si participo en Job Foundations, mi Agencia envía mi informe al Condado de King para que se analice en un plazo de 30 días de su recepción.
- Si participo en un modelo a 1 año de S2W, puede haber una interrupción en los servicios entre el final de Job Foundations y el inicio de los servicios de S2W. El informe de Job Foundations debe ser aprobado por el condado de King antes de que se pueda autorizar el financiamiento de los servicios de S2W.
- Mi Agencia colaborará con mi equipo de S2W para ayudarme a encontrar empleo antes de que termine la escuela a los 21 años de edad y haga la transición de la escuela; sin embargo, no hay garantías de que obtenga un empleo por medio de S2W.
- Si se encuentra un buen empleo para mí, estoy dispuesto a aceptar el puesto mientras sigo en la escuela, y modificaré mi horario escolar en consecuencia.
- S2W espera contar con fondos para mis servicios cuando termine la escuela, pero no puede garantizarlo. El equipo de S2W me ayudará a explorar todas las opciones de financiamiento disponibles.
- Si tengo preguntas o inquietudes sobre mis servicios, o si deseo cambiar de agencia, me comunicaré con alguien de mi equipo de S2W.

Al llenar y firmar este formulario, solicito que la División de Discapacidades del Desarrollo y Primera Infancia del Condado de King financie mis servicios de empleo con apoyo a partir de la fecha arriba indicada.

(Estudiante)	(Fecha)
(Representante de la agencia de empleo)	(Fecha)
(Padre / Madre / Proveedor)	(Fecha)
(Tutor, si no es el padre, la madre ni el proveedor)	(Fecha)

Envíe este formulario completamente contestado a S2WReports@kingcounty.gov

Contactos:

Richard Wilson: (206) 263-9044
Richard.Wilson@kingcounty.gov

Emily Hart: (206) 477-7661
Emily.Hart@kingcounty.gov

Cassie Glenn: (206) 263-7999
cglenn@kingcounty.gov

TJ Protho: (206) 930-2496
tprotho@kingcounty.gov