**Solicitud para la Asesoría en Productos de Apoyo**

**(estudiantes)**

**I. Información de la solicitud**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha en que se realiza la solicitud: |  | | | | | | | | |
| Nombre del solicitante: |  | | | | | | | | |
| Puesto que desempeña: | Docente Regular  ( ) | | Padre o Madre Familia ( ) | | | Comité Apoyo ( ) | | | Docente Apoyo  ( ) |
| Equipo Regional Itinerante  ( ) | | Docente Educación Especial ( ) | | | Estudiante  ( ) | | | Otro  ( ) |
| Número telefónico: |  | | | | | | | | |
| Correo electrónico: |  | | | | | | | | |
| Fecha en que se recibe la solicitud: |  | | | | | | | | |
| La solicitud se dirige a: | DAAT  ( ) | Sede Coto  ( ) | | | Sede Liberia  ( ) | | | Sede Limón  ( ) | Sede San Carlos  ( ) |
| Nombre de la persona que recibe la solicitud: |  | | | | | | | | |
| Vía por la que ingresa la solicitud: | Personalmente ( ) | | | Por fax ( ) | | | Por correo electrónico ( ) | | |

**II. Información de la persona que requiere la asesoría**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Documento de identidad: |  |
| Edad: |  |
| Nivel educativo que cursa: |  |
| Servicio educativo al que pertenece: |  |
| Descripción de la condición que presenta la persona: |  |
| Nombre de la madre: |  |
| Nombre del padre: |  |
| Otra persona responsable: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Números telefónicos: |  |
| Lugar de residencia: |  |
|  |
|  |

**III. Información del centro educativo al que asiste el o la estudiante**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | |
| Número telefónico: |  | | |
| Número de fax: |  | | |
| Correo electrónico: |  | | |
| Dirección exacta:  (indíquela de forma correcta y precisa para la programación de la visita) |  |  |  |
| Provincia | Cantón | Distrito |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Región educativa: |  | | |
| Circuito: |  | | |
| Nombre del docente a cargo: |  | | |
| Correo electrónico del docente: |  | | |
| Nombre de la persona a cargo de la Dirección : |  | | |

**IV. Información sobre la solicitud de asesoría**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Motivo de la solicitud: |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Adecuaciones de acceso aplicadas en el trabajo con el estudiante: |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Productos de apoyo que ha empleado o emplea el estudiante: |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Servicios de apoyo que recibe el estudiante en la región: |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Servicios de apoyo con los que cuenta la región educativa: |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Apoyos educativos requeridos para potenciar sus habilidades: | **Áreas** | | **Descripción de la condición de la persona** |
| Comunicación | |  |
| Auto cuidado | |  |
| Académica | |  |
| Motriz | |  |
| Visual | |  |
| Utilización de la comunidad | |  |
| Formación para el trabajo | |  |
| Otros | |  |
| Firma del solicitante | | VªBª Dirección/Coordinación del centro educativo | |

|  |
| --- |
| **Observaciones:**   * Indicar si ha existido asesoría por parte del CENAREC anteriormente: ( ) Sí ( ) No * Si el estudiante cuenta con una asesoría por parte del CENAREC, por favor señale en cual sede: ( ) Coto ( ) Liberia ( ) Limón ( ) San Carlos ( ) San José * Es requisito que la solicitud sea firmada y sellada por la Dirección o Coordinación del centro educativo. * Es requisito que el estudiante cuente con la Ficha de Información Social (FIS), la cual se gestiona ante el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS). * Es importante que las familias y centros educativos tengan conocimiento de que la Unidad de Control Estratégico del MEP, hará un análisis de la FIS, para determinar el porcentaje de subsidio del cual será beneficiario cada estudiante. |