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

## **I. Información de la solicitud**

Fecha en que se realiza la solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto que desempeña: Elija un elemento.

Otro anote: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha en que se recibe la solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha en que se recibe la solicitud: Elija un elemento.

Nombre de la persona que recibe la solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vía por la que envía la solicitud: Elija un elemento.

## **II. Información de la persona estudiante 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 la persona 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 de la persona docente a cargo: |  | | |
| Correo electrónico de la persona docente: |  | | |
| Nombre de la persona a cargo de la Dirección : |  | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Motivo de la solicitud: |  | | |
| Apoyos organizativos (de acceso) aplicadas en el trabajo con la persona estudiante: |  | | |
| Productos de apoyo que ha empleado o emplea la persona estudiante: |  | | |
| Servicios de apoyo que recibe la persona 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 y si requiere apoyos (curricular, organizacional, tecnológico o personal)** |
| Comunicación | |  |
| Auto cuidado | |  |
| Académica | |  |
| Motriz | |  |
| Visual | |  |
| Utilización de la comunidad | |  |
| Formación para el trabajo | |  |
| Otros | |  |
| Firma de la persona solicitante | | V°B° Dirección/Coordinación del centro educativo | |

### \*Observaciones:

* Indicar si ha existido asesoría por parte del Cenarec anteriormente: Elija un elemento.
* Si la persona estudiante cuenta con una asesoría por parte del Cenarec, por favor señale en cual sede: Elija un elemento.
* Adjunta certificación médica emita por la Caja Costarricense del Seguro Social Elija un elemento.
* Adjunta constancia de vulnerabilidad del Imas en la que se indica el estrato socioeconómico actual Elija un elemento.
* Adjunta certificación de discapacidad emitida por el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad Elija un elemento. Categoría que se concedió \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ha realizado alguna solicitud previa para obtener productos de apoyo con algún presupuesto de Gobierno Elija un elemento. ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ha realizado alguna solicitud previa para obtener productos de apoyo con algún presupuesto de Organizaciones No Gubernamentales Elija un elemento. ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Es requisito que la solicitud sea firmada y sellada por la persona a cargo de la Dirección o la persona encargada del circuito escolar al que pertenece.