

Aplicación universal DBVI 2025

[; Logotipo de DBVI

Solicitud universal del Departamento para ciegos y personas con discapacidad visual de Virginia

Para participar en estas oportunidades, los estudiantes deben estar recibiendo servicios de rehabilitación vocacional o ser considerados potencialmente elegibles para que se puedan reservar fondos para las actividades seleccionadas. Comuníquese con su Coordinador de Educación, Consejero de Rehabilitación Vocacional o llame al (800) 622-2155 para conectarse con un Consejero de Rehabilitación Vocacional en su área.

Si tiene preguntas adicionales y desea información sobre estos servicios, comuníquese con:

Felicia Williams, especialista en transición previa al empleo, (804) 371-3164 o Tish Harris, coordinadora de Pre-ETS y trayectorias profesionales, (540) 294-1215

Visite nuestro sitio web DBVI Students and Transition para obtener actualizaciones y más información.

Si tiene preguntas sobre el programa Aprender independencia, Sentirse empoderado (LIFE), comuníquese con: Amy Phelps, subdirectora de instrucción en el Virginia Centro de rehabilitación para ciegos y personas con discapacidad visual (VRCBVI), al (804) 371-3052 o visite el sitio web de la UFE VRCBVI

Esta aplicación incluye lo siguiente:

- Aplicación universal
- Formulario de Renuncia y Responsabilidad
- Contrato de estudiante
- Contrato de aprendizaje estudiantil (si solicita LIFE)
- Lanzamiento de grabaciones fotográficas

¿Solicita el programa Aprender Independencia, Sentirse Empoderado (LIFE)? Complete esta Solicitud universal DBVI 2025 y seleccione el programa LIFE a continuación. Una vez que envíe esta Solicitud Universal DBVI, recibirá un correo electrónico de confirmación con la información adicional necesaria para completar la solicitud LIFE.

Los campos obligatorios estarán marcados con **.

** Nombre del estudiante:	
** Inicial del segundo nombre del estudiante:	
** Apellido del estudiante:	
** Edad actual del estudiante:	
** Nombre de la persona que completa esta solicitud:	
** Relación con el estudiante que aplica:	

Seleccione los programas a los que le interesa asistir marcando la casilla debajo del programa.

Resistencia

Resiliencia - 07 de Enero de 2025 6:30 p.m. a 8:00 p.m. (Virtual)

Resiliencia

Ayuntamiento

Ayuntamiento - 21 de Enero de 2025 18:30 h. a 8:00 p.m. (Virtual)

De Ayuntamiento

Exploración de carreras en deportes y recreación

Exploración profesional en deportes y recreación - Massanutten - cohorte limitada (se requiere estudiante y padre/tutor) 31 de Enero de 2025 - 2 de Febrero de 2025 (residencial)

De Exploración profesional Deportes y recreación

Educación superior inclusiva

Programas inclusivos de educación superior para estudiantes con discapacidades - 18 de Febrero de 2025 6:30 p.m. a 8:00 p.m. (Virtual)

De Educación superior inclusive

Movimientos de dinero inteligentes

Movimientos de dinero inteligentes- 14 de Marzo de 2025 6:30 p.m. a 8:00 p.m. (Virtual)

De movimientos de dinero inteligentes

Rehabilitación de la fuerza laboral de Wilson

WWRC de rehabilitación de la fuerza laboral de Wilson - 14 de Marzo de 2025 (residencial)

Rehabilitación de la fuerza laboral de Wilson

Saltar a la autodeterminación

Primavera hacia la autodeterminación en Double Tree en Williamsburg (se requiere estudiante y padre/tutor) - 4 de Abril de 2025 - 6 de Abril de 2025 (residencial)

Saltar hacia la autodeterminación

Diseño ciego

Diseño ciego: Escuela de Arquitectura y Diseño de Virginia Tech - cohorte limitada -9 de Abril de 2025 -13 de Abril de 2025 (residencial)

Diseño ciego

Artes y carreras creativas

Exploración profesional en artes y carreras creativas: todos los Martes del 15 de Abril de 2025 al 6 de Mayo de 2025 a las 6:30 p. m. a 8:30 p.m. (Virtual)

Artes y carreras creativas

Salta al verano

Revisión del programa Salta al Verano: 13 de Mayo de 2025 a las 6:30 p. m. a 8:30 p.m. (Virtual)

Saltar al Verano

Campamento STEM 1

Guerreros cibernéticos STEM Camp 1: Introducción a la ciberseguridad: Ciberdefensa 101 - 16 - 20 de Junio 9:30 a. m. - 12:30 p. m. (Virtual)

*Recomendación: Uso independiente y competente de la tecnología adaptativa e interés en la carrera profesional de TI.

Campamento STEM 1

Ciberespacio

Ciberespacio – 22-27 de junio (Residencial)

Ciberespacio

Campamento STEM 2

Guerreros Cibernéticos STEM Camp 2: 3D fundamental: convertir ideas en realidad - 23 - 27 de Junio 9:30 a. m. - 12:30 p. m. (Virtual)

Campamento STEM 2

VIDA

Programa Aprender independencia, Sentirse empoderado (LIFE): programa residencial de 4 semanas, los estudiantes de 14 a 18 años aprenderán viajes independientes (orientación y movilidad), braille, tecnología de acceso, mecanografía/computadora, administración personal y del hogar e instrucción de bienestar, además emocionantes actividades nocturnas y de fin de semana. Los estudiantes de 16 a 18 años tienen la oportunidad de participar en experiencias de aprendizaje basadas en el trabajo en la comunidad. - Centro de rehabilitación de Virginia para ciegos y personas con discapacidad visual (VRCBVI) - 7 de Julio de 2025 - 1 de Agosto de 2025. (Residencial)

VIDA

Campamento STEM 3

Guerreros cibernéticos STEM Camp 3: Dominio del 3D: impresión y modelado avanzados - 7 de Julio - 11 de Julio 9:30 a. m. - 12:30 p. m. (Virtual)

*Requisitos previos: Debe tener la recomendación de un consejero basada en el desempeño anterior en 3D fundamental (anteriormente Innovación e impresión 3D). Debe poseer un uso independiente y competente de la tecnología adaptativa.

Campamento STEM 3

STEM Camp 4

Guerreros cibernéticos STEM Camp 4: Robótica 101: Construyendo y automatizando el futuro - Jul 14 - 18 9:30 a.m. - 12:30 p.m. (Virtual)

STEM Campo 4

Campamento STEM 5

Guerreros cibernéticos Stem Camp 5: Construye y juega: el taller definitivo de construcción de PC para juegos - 21 - 25 de Julio 9:30 a. m. - 12:30p.m. **(Virtual)**

*Requisitos previos: Debe contar con la recomendación de un consejero basada en el desempeño anterior en talleres anteriores de Guerreros cibernéticos. Debe poseer un uso independiente y competente de la tecnología adaptativa.

*Recomendación: Tenga la supervisión de un adulto disponible si el ensamblaje de piezas pequeñas no se puede realizar sin ayuda.

STEM Campo 5

Campamento STEM 6

Guerreros cibernéticos STEM Camp 6: Codificación Skybound: dominio avanzado de la programación de drones - 28 de Julio - 1 de Agosto 9:30 a. m. - 12:30 p.m. (Virtual)

Campamento STEM 6

Campamento STEM 7

Guerreros cibernéticos STEM Camp 7: Hackear a los hackers: Hacking ético para principiantes 4 - 8 de Agosto 9:30 a. m. - 12:30 p. m. (Virtual)

*Recomendación: Uso independiente y competente de la tecnología adaptativa e interés en la carrera profesional de TI.

Campamento STEM 7

Campamento STEM 8

Guerreros cibernéticos STEM Camp 8: AI desatado: Introducción a GenAI y LLM - 11 - 15 de Agosto 9:30 a. m. - 12:30 p. m. (Virtual)

Campamento STEM 8

Punto de lanzamiento

Lanzamiento del programa de inmersión universitaria Point en la Universidad James Madison - cohorte limitada - 13 de Julio de 2025 - 20 de Julio de 2025 (Residencial)

De Punto de lanzamiento

Carreras en acción: Massanutten

Carreras en acción: Massanutten (se requiere estudiante y padre/tutor) - 11 de Octubre de 2025 - 13 de Octubre de 2025 (Residencial)

Carreras en acción: Massanutten

Feria de credenciales de TI

Feria de Credenciales IT - Fechas por determinar (Virtual) <input type="checkbox"/> Feria de Credenciales De IT

Cohorte de TI

Cohorte de TI: fechas por determinar (virtual) <input type="checkbox"/> Cohorte de TI
--

Dar gracias Social Zoom

Da Gracias Social Zoom - 11 de Noviembre de 2025 (Virtual) <input type="checkbox"/> Da gracias Social Zoom
--

Programa de tutoría entre pares

Programa de tutoría entre pares con el Centro de capacitación y rehabilitación de Universidad de la Commonwealth de Virginia: fechas de 2025 por determinar (Virtual) <input type="checkbox"/> De Programa de tutoría entre pares

Sección 1: ¡Vamos a conocerte!

Información del estudiante

**Dirección postal del estudiante (incluya calle, ciudad, estado y código postal):	
¿La dirección física del estudiante si es diferente a la anterior?	
**Número de celular del estudiante. Este es el número que usaremos si necesitamos comunicarnos con el estudiante durante los programas. (Si el estudiante no tiene teléfono celular, favor de ingresar N/A):	
**Dirección de correo electrónico del estudiante (Esta es la dirección de correo electrónico que usaremos para comunicarnos con el estudiante durante los programas. Asegúrese de que esta sea la dirección de correo electrónico del estudiante y no la de los padres; si el estudiante no tiene una dirección de correo electrónico, ingrese N/A :	
**Fecha de nacimiento:	
**Calificación (año académico '25-'26):	
**Año de graduación esperado:	
**Nombre de la escuela actual y ubicación:	
**Nombre del Consejero de Rehabilitación Vocacional de DBVI (ingrese N/A si lo desconoce):	
**Nombre del Coordinador de Educación de DBVI (ingrese N/A si lo desconoce):	
** Nombre del maestro para personas con discapacidad visual (ingrese N/A si lo desconoce):	

Capacitaciones previas

¿Ha asistido el estudiante alguna vez a alguno de los siguientes programas de capacitación de DBVI?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diseño ciego: VA tecnología | <input type="checkbox"/> Campamentos de guerreros cibernéticos |
| <input type="checkbox"/> Puntos de lanzamiento | <input type="checkbox"/> Carreras en acción |
| <input type="checkbox"/> Saltar a Linux | <input type="checkbox"/> Campamentos guerreros |
| <input type="checkbox"/> Cohorte de TI | <input type="checkbox"/> Programa de membresía de pares |
| <input type="checkbox"/> VIDA VRCBVI | |

¿Ha asistido alguna vez el estudiante a un programa de verano de capacitación sobre habilidades para la ceguera fuera del programa LIFE? En caso afirmativo, enumere a continuación. Si no, por favor ingrese el No.

** ¿Qué le gusta hacer al estudiante en su tiempo libre?

Caminos Profesionales

¿En qué ocupaciones o trayectorias profesionales está interesado el estudiante?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Agricultura, alimentación y recursos naturales |
| <input type="checkbox"/> Artes, tecnología de audio/vídeo y Comunicaciones |
| <input type="checkbox"/> Gestión y Administración de Empresas |
| <input type="checkbox"/> Servicio al cliente |
| <input type="checkbox"/> Educación y formación |
| <input type="checkbox"/> Finanzas |
| <input type="checkbox"/> Gobierno y Administración Pública |
| <input type="checkbox"/> Ciencias de la Salud |
| <input type="checkbox"/> Hotelería y Turismo |
| <input type="checkbox"/> Servicios Humanos |
| <input type="checkbox"/> Tecnología de la información |
| <input type="checkbox"/> Ley, seguridad pública, correccionales y de seguridad |
| <input type="checkbox"/> Fabricación |
| <input type="checkbox"/> Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas |
| <input type="checkbox"/> Transporte, Distribución y Logística |
| <input type="checkbox"/> Desconocido/a |

Describa cualquier trabajo previo y/o experiencia de voluntariado:

Herramientas de éxito:

Alojamientos para estudiantes

** ¿Necesita los siguientes alojamientos para estudiantes?

- Baño adaptado
- Alojamiento para personas sordociegas
- Interpretación de lengua de signos
- Interpretación táctil A L
- Interpretación de idiomas
- Braille
- Idioma Imprimir
- Otra
- Ninguna

Proporcione detalles sobre las adaptaciones solicitadas:

** Describa cualquier adaptación a los problemas de ceguera (por ejemplo: el estudiante acaba de ser ciego o experimenta desafíos con las actividades de la vida diaria):

Sección 2: Información médica del estudiante

La salud y la seguridad de los estudiantes son de suma importancia para nosotros. Requerimos información médica para ser considerado para programas residenciales.

(Programas residenciales 2025: programa LIFE, diseño ciego, primavera hacia la autodeterminación, espacio cibernético, carreras en acción y punto de lanzamiento)

** **Indique el proveedor/dora de seguro médico y el número de póliza** para servicios médicamente necesarios y/o emergencias médicas. Haga que su estudiante traiga una copia de sus tarjetas de seguro cuando participe en los programas residenciales. (Si no hay ninguno, indique N/A)

** Causa de ceguera/vision pérdida, si se desconoce, ingrese / desconocido:

Agudeza visual, si se desconoce, ingrese desconocido:

Campo de visión, si se desconoce, ingrese desconocido:

Diagnósticos médicos

Si el estudiante tiene recibido cualquiera de los siguientes diagnósticos, por favor selecciona todo eso aplicar:

- Pérdida de audición
- Asma
- Enfermedad renal en etapa terminal
- Desmayos, apagones, mareos
- Cardiopatía, dolor de pecho
- Presión arterial alta
- Trastorno de la sangre
- Trastorno de células falciformes (no rasgo)
- Apnea del sueño
- Trastorno de convulsions
- Pérdida de memoria a corto plazo
- Trastorno de migraña
- Enfermedad celiaca
- Ataque
- Otra

Proporcione cualquier información adicional sobre los diagnósticos enumerados anteriormente y describa otras afecciones no enumeradas anteriormente:

Plan de diabetes

** ¿El estudiante tiene diabetes?

Si es así, marque todo lo que corresponde sobre el plan de control de la diabetes del estudiante:

- El estudiante De controla de forma independiente los niveles de azúcar en sangre según lo ordenado por el médico.
- El estudiante De toma independientemente pastillas y/o inyecciones para la diabetes según lo indique el médico.
- El estudiante De tiene un plan para manejar los niveles bajos de azúcar en sangre.
- De solicitar educación sobre diabetes al Educador en Diabetes de VRCBVI antes de asistir a un programa residencial para hacer un plan

Si hay un diagnóstico médico crónico, ¿tiene un plan de manejo establecido? Si es así, explique. (Por ejemplo: necesita mantenerse hidratado para prevenir convulsiones, usa un inhalador con esfuerzo, requiere tiempo adicional para orientarse a situaciones nuevas y requiere descansar en una habitación tranquila cuando experimenta síntomas de migraña, etc.):

** ¿Tiene el estudiante alguna necesidad dietética prescrita por un médico como dieta renal, dieta celíaca?

En caso afirmativo, describa a continuación cualquier necesidad dietética prescrita por un médico:

Actividades de la vida diaria: ¿Recibe el estudiante ayuda en casa para comer, vestirse, bañarse, ir al baño, cuidar los intestinos, etc.? ¿Cuidado de la vejiga? En caso afirmativo, describa brevemente las restricciones de actividad y la asistencia brindada

** ¿Tiene el estudiante alguna diferencia psicológica o emocional que pueda afectar su capacidad para cuidarse a sí mismo/autorregularse?

En caso afirmativo, describa brevemente los problemas psicológicos y/o emocionales y proporcione información sobre cómo el estudiante se autorregula:

** ¿Puede el estudiante participar/aprender activamente en entornos grupales?

En caso negativo, explique:

Movilidad

¿Utiliza una silla de ruedas manual, una silla eléctrica o un scooter? Si es así, ¿puede trasladarse de forma independiente, sentarse en una silla de ruedas o impulsarse largas distancias? Por favor describa:

** ¿Tiene el estudiante alguna limitación física o restricción de actividad?

En caso afirmativo, describa:

Medicamentos y alergias

Por favor indique cualquier alergia y la reacción a cada una. Incluya alergias a medicamentos, insectos, ambientales y alimentarias (como dificultad para respirar, erupción cutánea grave, etc.). Si no se conocen alergias, ingrese N/A.

¿La alergia del estudiante requiere una epipen? En caso afirmativo, el estudiante deberá traer epi pen y poder autoadministrarse.

Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que el estudiante está tomando actualmente, incluida la dosis, el momento de la administración y el motivo del medicamento. Incluya cualquier medicamento tomado por vía oral, inyectable o inhalado. (Si el estudiante no toma medicamentos ingrese N/A):

DBVI/VRCBVI utiliza un modelo de capacitación de empoderamiento y no cuenta con personal médico. Además, el enfoque de nuestros programas es promover la independencia. Por lo tanto, el personal de DBVI/VRCBVI no puede administrar ningún medicamento recetado o de venta libre. En cambio, el estudiante debe autoadministrarse todos los medicamentos. Describa el plan de manejo de medicamentos para el estudiante mientras asiste a los programas enumerados anteriormente:

Plan de Manejo de Medicamentos

- La estudiante no toma medicamentos recetados o sin receta
- El/La estudiante llena y usa una pastilla de forma independiente
- Los padres deben llenar el pastillero, pero el estudiante debe tomar los medicamentos de forma independiente
- El estudiante saca medicamentos de los contenedores de forma independiente cuando es necesario
- El estudiante necesita recordatorios, pero ha configurado un recordatorio en el teléfono, un sistema de notas o ha configurado un sistema de recordatorio con los padres
- El estudiante necesita supervisión. pero ha desarrollado un sistema como el uso de Facetime, Skype o cámara web
- No existe un plan de administración; solicite educación al Educador de Salud de VRCBVI antes de participar en un programa residencial

Por favor, elija "sí" para indicar que entiende y está de acuerdo con lo siguiente:

1. El estudiante traerá todos los medicamentos recetados y de venta libre en el frasco o envase original, teniendo en cuenta los dolores de cabeza, los síntomas del resfriado/alergia y los dolores y molestias comunes.

Medicamentos y alergias

Por favor indique cualquier alergia y la reacción a cada una. Incluya alergias a medicamentos, insectos, ambientales y alimentarias (como dificultad para respirar, erupción cutánea grave, etc.). Si no se conocen alergias, ingrese N/A.

¿La alergia del estudiante requiere una epipen? En caso afirmativo, el estudiante deberá traer epi pen y poder autoadministrarse.

Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que el estudiante está tomando actualmente, incluida la dosis, el momento de la administración y el motivo del medicamento. Incluya cualquier medicamento tomado por vía oral, inyectable o inhalado. (Si el estudiante no toma medicamentos ingrese N/A):

DBVI/VRCBVI utiliza un modelo de capacitación de empoderamiento y no cuenta con personal médico. Además, el enfoque de nuestros programas es promover la independencia. Por lo tanto, el personal de DBVI/VRCBVI no puede administrar ningún medicamento recetado o de venta libre. En cambio, el estudiante debe autoadministrarse todos los medicamentos. Describa el plan de manejo de medicamentos para el estudiante mientras asiste a los programas enumerados anteriormente:

Plan de Manejo de Medicamentos

- La estudiante no toma medicamentos recetados o sin receta
- El/La estudiante llena y usa una pastilla de forma independiente
- Los padres deben llenar el pastillero, pero el estudiante debe tomar los medicamentos de forma independiente
- El estudiante saca medicamentos de los contenedores de forma independiente cuando es necesario
- El estudiante necesita recordatorios, pero ha configurado un recordatorio en el teléfono, un sistema de notas o ha configurado un sistema de recordatorio con los padres
- El estudiante necesita supervisión. pero ha desarrollado un sistema como el uso de Facetime, Skype o cámara web
- No existe un plan de administración; solicite educación al Educador de Salud de VRCBVI antes de participar en un programa residencial

Por favor, elija "sí" para indicar que entiende y está de acuerdo con lo siguiente:

1. El estudiante traerá todos los medicamentos recetados y de venta libre en el frasco o envase original, teniendo en cuenta los dolores de cabeza, los síntomas del resfriado/alergia y los dolores y molestias comunes.
2. El estudiante traerá suficientes medicamentos para toda la duración del programa residencial, o tendrá un plan establecido para asegurarse de que el estudiante reciba los resurtidos necesarios.
3. El estudiante traerá todos los suministros médicos necesarios, como suministros para la diabetes, suministros para la incontinencia, máquina cpap, andador, etc.
4. El estudiante traerá todos los artículos de higiene personal necesarios.
5. El estudiante traerá su(s) tarjeta(s) de seguro médico si corresponde.

Reconocimiento de autocuidado

** Autocuidado reconocimiento:

<input type="checkbox"/> Sí, entiendo y acepto
<input type="checkbox"/> Solicito una consulta telefónica con el Educador en Diabetes/Salud de VRCBVI para ayudar a establecer un plan para obtener resurtidos antes de asistir a un programa residencial.

Sección 3: Información sobre padres y tutores:

** Nombre del padre/tutor legal #1:	
** Dirección del padre/tutor legal #1:	
** Número de teléfono del padre/tutor legal #1:	
** Dirección de correo electrónico del padre/tutor legal n.º 1:	
Nombre del padre/tutor legal #2:	
Teléfono de Padre/Tutor Legal (Celular #2):	
Dirección del padre/tutor legal #2, si es diferente a la anterior:	
Dirección de correo electrónico del padre/tutor legal #2:	

Adaptaciones para padres

Adaptaciones para padres para programas familiares:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Baño accesible
<input type="checkbox"/> Alojamiento para personas sordociegas
<input type="checkbox"/> Interpretación de lengua de signos
<input type="checkbox"/> Interpretación táctil
<input type="checkbox"/> Interpretación de idiomas
<input type="checkbox"/> Braille
<input type="checkbox"/> Letra grande
<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Ninguna |
|--|

Proporcione detalles sobre las adaptaciones solicitadas para los padres:

Si usted es el tutor legal del estudiante, ¿tiene una copia de los documentos judiciales que lo demuestren?

En caso afirmativo, envíe por fax una copia de la orden judicial de tutela legal a DBVI,

Atención: Felicia Williams

_____ y _____ tener la custodia legal compartida del estudiante. (por favor proporcione nombres):

Tengo la custodia legal exclusiva del solicitante (proporcione el nombre):

Información de contacto de emergencia

** Nombre del contacto de emergencia, número de teléfono y relación con el estudiante:	
** Dirección de contacto de emergencia:	

Si el estudiante es despedido de un programa residencial DBVI/VRCBVI o durante cualquier cierre de emergencia, el estudiante debe ser Ricked arriba - dentro de las 8 horas y regresará a la siguiente dirección (si es diferente a la anterior):

Sección 4: Lanzamientos

**** LIBERACIÓN, RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD, ASUNCIÓN DE RIESGOS Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN**

En consideración de la participación en las actividades patrocinadas por el Departamento para Ciegos y Discapacitados Visuales de Virginia (DBVI),

Declaro que entiendo la naturaleza de la actividad en la que estoy participando y que estoy calificado, en buena salud y en condiciones físicas adecuadas para participar en dicha actividad. Reconozco y declaro que si creo que las condiciones de la actividad no son seguras, inmediatamente dejaré de participar en la actividad.

Entiendo completamente que esta actividad implica riesgos de lesiones graves, que incluyen, entre otros, discapacidad permanente, parálisis y/o muerte, y daños a la propiedad, que pueden ser causados por mis propias acciones o inacciones, las acciones o inacciones de otros participantes. en la actividad, las condiciones en las que se lleva a cabo la actividad o la negligencia de los "Renunciados" nombrados a continuación, y que puede haber otros riesgos no conocidos o fácilmente previsibles en este momento; y acepto y asumo plenamente todos esos riesgos y toda responsabilidad por pérdidas, costos y daños en los que incurro como resultado de mi participación en la actividad.

En consideración a que se me permita participar en las actividades, por la presente libero, descargo y me comprometo a no demandar a DBVI, sus administradores, fundadores, directores, agentes, funcionarios, voluntarios y empleados, y otros participantes en la actividad (cada uno considerado como uno de los "Renunciados" en este documento) de toda responsabilidad, reclamo, demanda y responsabilidad relacionada con lesiones, muerte o daños a mí o a mi propiedad, que surjan o sean causados o presuntamente causados por mi participación en la actividad. , incluido reclamaciones, pérdidas o daños causados o presuntamente causados, en su totalidad o en parte, por la negligencia de los Liberados o de otro modo, incluidas las operaciones de rescate negligentes. Además, acepto que si, a pesar de esta exención, renuncia de responsabilidad y asunción de riesgo, yo o cualquier persona en mi nombre presentamos un reclamo contra cualquiera de las exenciones, indemnizaré, salvaré y eximiré de responsabilidad a cada uno de los exonerados de cualquier pérdida. , responsabilidad, daños o costos en los que cualquiera pueda incurrir como resultado de dicho reclamo.

He leído este Acuerdo de Exención de Responsabilidad, Asunción de Riesgo y Acuerdo de Indemnización y lo he firmado libremente y sin ningún incentivo o garantía de ningún tipo, con la intención de que sea una exención completa e incondicional de toda responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley. . Acepto que si alguna parte de este acuerdo se considera inválida, el resto continuará en pleno vigor y efecto. Este formulario estará vigente y tendrá efecto desde enero de 2025 hasta diciembre de 2025.

** Firma del Solicitante:

** Firma del padre con custodia/tutor legal:

** Fecha:

**** Contrato de aprendizaje estudiantil**

Nuestro objetivo principal es ofrecer una experiencia de aprendizaje única y emocionante, al mismo tiempo que brindamos un entorno seguro y productivo. Pedimos que los padres y los estudiantes revisen esta lista juntos.

Nuestras expectativas:

1. Si el estudiante asiste en persona, solo saldrá del dormitorio con un miembro del personal adulto o un mentor después de notificar al coordinador de la academia o al supervisor del dormitorio. (Se le notificará cuál es el personal apropiado al que debe contactar para el programa al que asiste).
2. Si asiste virtualmente, se requiere una comunicación respetuosa y adecuada.
3. Informe a un instructor o al personal sobre cualquier inquietud.
4. Tratar a todos los estudiantes y al personal con cortesía y respeto.
5. No usar teléfonos celulares durante las horas de instrucción o reuniones a menos que los instructores hayan indicado que el uso de teléfonos celulares es aceptable durante esa parte.
6. No traer al campus ni utilizar productos de tabaco o sustancias ilegales como drogas o alcohol.
7. No participar en ningún comportamiento que cree entornos inseguros o incómodos para los demás.
8. Participar activamente en todos los aspectos del programa.
9. Siga los protocolos de mascarilla y seguridad que puedan existir en ese momento.
10. **Los programas DBVI permiten a los estudiantes conectarse con sus compañeros. Fomentamos el networking. Sin embargo, pedimos a los estudiantes que no compartan la información de contacto de sus compañeros sin su permiso.**

****Nota:** Si está solicitando el programa LIFE, recibirá un Acuerdo de aprendizaje estudiantil por separado cuando reciba el correo electrónico con los próximos pasos de Brooke Rogers.

Firme a continuación para certificar que ha leído y comprendido las expectativas de los estudiantes. Los estudiantes menores de 18 años deben tener la firma de un padre o tutor. Además, tenga en cuenta que el incumplimiento de estas políticas puede resultar en la expulsión del programa.

**** Firma del estudiante:**

**** Firma del padre/tutor con custodia:**

**** Fecha:**

**** Departamento de Virginia para Ciegos y Visión Publicación de grabación/fotografía transmitida por película**

Otorgo y asigno al Departamento para Ciegos y Personas con Discapacidad Visual, sus agentes, empleados, designados, sucesores o cesionarios, todos mis derechos, títulos e intereses sobre reproducciones fotográficas/grabadas de mí/mi voz y consiento que dichas fotografías/grabaciones puedan ser utilizado de cualquier manera con fines publicitarios y publicitarios. Además doy permiso para los derechos de autor.

De dichas fotografías/grabaciones y consiente que puedan ser reproducidas parcial o parcialmente, o distorsionadas en carácter o forma, junto con otras fotografías/grabaciones, nombres y reproducciones realizadas a través de cualquier medio. El personal de DBVI y las personas que participan en programas patrocinados por DBVI pueden grabar notas de conferencias durante las sesiones para el contenido. He leído la declaración anterior y estoy familiarizado con su contenido.

** Firma del estudiante:

** Firma del padre/tutor con custodia:

** Fecha:

Antes de enviar, verifique los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico. Si no ingresa correctamente, no recibirá un correo electrónico con los siguientes pasos.

Una vez que envíe esta solicitud, verá una pantalla azul que indica que la solicitud se completó.

Envíe