

(Office Use Only) Case ID Number:	
--------------------------------------	--



Solicitud de Servicios de Rehabilitación Vocacional

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Número de seguro social:

Fecha de Nacimiento:

Apellido:

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

Apellido Anterior (Si corresponde):

Nombre Anterior (Si corresponde):

Género:

Correo electrónico:

Domicilio:

Número de Apto:

Ciudad:

Código Postal:

Condado:

Dirección Postal (Si es diferente de la dirección de casa):

Número de Apto:

Ciudad:

Código Postal:

Condado:

Número de Teléfono:

Teléfono Celular o Alternativa:

RAZA/ETNIA (Seleccione todas las que correspondan)

Indio Americano o Nativo de Alaska

Asiático

Negro o Afroamericano

Hispano o Latino

Nativo Hawaiano o Otro Isleño del Pacífico

Blanco o Caucásico

No deseo Identificarme

(Office Use Only) Application Received By:

_____	_____
Agency Representative Signature	Date Received

HABILIDADES LINGÜÍSTICAS

Lectura en Inglés:

Habla Inglés:

ALOJAMIENTO DE COMUNICACIÓN

Lenguaje de Señas Americano:

Braille:

Inglés:

Español:

Otro Idioma:

Cinta de Audio:

Archivo Electrónico:

Impresión Grande:

ESTADO DE VETERANO

¿Eres un veterano? Discharge

Tipo:

ARREGLOS VIVOS ACTUALES

¿Cuál es su acuerdo de vida actual?

ESTADO DE VOTACIÓN

¿Cuál es su estado de voto?

ESTADO CIVIL

¿Cuál es su estado civil?

CIUDADANIA

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?

SI NO SOMOS CIUDADANOS: ESTADO LEGAL PARA TRABAJAR EN LOS ESTADOS UNIDOS

¿Cuál es su situación legal para trabajar en los Estados Unidos?

ESCOLARIDAD

¿Actualmente está inscrito en la escuela?

Grado actual:

Nombre de la Escuela:

Escuela del Condado:

¿Alguna vez ha tenido un plan de 504 o un IEP?

Más alto nivel de educación completado:

VERIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Proporcione un elemento de la lista A o dos elementos de las listas B y C (debe ser un elemento de la lista B y un elemento de la lista C)

Lista A: Proporcione un elemento de esta lista

- Pasaporte de los Estados Unidos
- Certificados de Ciudadanía de los Estados Unidos
- Certificado de Naturalización

- Tarjeta de Registro Alienígena con Fotografía
- Pasaporte Extranjero sin Caducar con Autorización de Empleo Adjunta

Lista B y C: Proporcione un elemento de la lista B y un elemento de la lista C a continuación

Lista B: Proporcione un elemento de esta lista y un elemento de la lista C

- Licencia de conducir emitida por el estado o tarjeta de identificación estatal con imagen e información (Nombre, Sexo, Fecha de Nacimiento, Altura, Peso y Color de Ojos)
- Tarjeta de Identificación Militar Estadounidense

Lista C: Proporcione un elemento de esta lista y un elemento de la lista B

- Tarjeta de Seguro Social Original para ser Testigo al tiempo de Admisión
- Certificado de Nacimiento Expedido por el Estado, el Condado o la Autoridad Municipal
- Autorización de Empleo INS Inexplorada

Tipo de Identificación Personal:

Número de Identificación Personal:

Tipo de Identificación Personal:

Número de Identificación Personal:

¿Quién te refirió a VR?

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Número en Familia:

Número de Dependientes:

Ingreso Familiar Mensual Bruto: \$

PRINCIPAL FUENTE DE APOYO

Apoyo Público

SSI: \$

Fecha de Inicio del Pago de SSI:

SSDI: \$

SSDI Fecha de Inicio de Discapacidad:

VA: \$

TANF: \$

Compensación al Trabajador: \$

Asistencia General: \$

Desempleo: \$

Otro: \$

Soporte Privado

Ingresos de Empleo: \$

De Familia y Amigos: \$

Otros Ingresos Personales: \$

SEGURO MÉDICO

¿Qué tipo de seguro médico tiene?

HISTORIAL LABORAL

- 1) Empleador:
Fechas (Inicio/Fin):
Titulo de Trabajo:
Razón para Salir:

- 2) Empleador:
Fechas (Inicio/Fin):
Titulo de Trabajo:
Razón para Salir:

- 3) Empleador:
Fechas (Inicio/Fin):
Titulo de Trabajo:
Razón para Salir:

INTERESES LABORALES

Primera elección:
¿por qué?

Segunda elección:
¿por qué?

Pasatiempos:

Trabajo Voluntario:

CONTACTOS ADICIONALES/DE EMERGENCIA

- 1) Nombre:
Relación co usted:
Teléfono / fax:
Correo Electrónico:

- 2) Nombre:
Relación co usted:
Teléfono / fax:
Correo Electrónico:

¿ESTA TRABAJANDO CON OTRA AGENCIA? (Seleccione todas las que correspondan)

- Programa de Fórmula para Adultos y Jóvenes – DOL
- Programa de Educación y Alfabetización para Adultos – DOE
- Programa de Servicios de VR Indio Americano
- Centros para la Vida Independiente
- Servicios de Protección Infantil
- Programas de Rehabilitación Comunitaria

- Organizaciones de Consumidores o Grupos de Defensa
- Instituciones Educativas (primaria/secundaria)
- Instituciones Educativas (post-secundaria)
- Empleadores
- Redes de Empleo
- EDS/JobConnect
- Ayuda Federal para Estudiantes (Pell, SEOG, Estudio de Trabajo)
- Agencia de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo
- Proveedor de Salud Médica (Público/Privado)
- Proveedor de Salud Mental (Público/Privado)
- Los Operadores de Una Sola Parada
- Otros Programas de DOL Autorizados por WIOA
- Otras Fuentes
- Otras Agencias Estatales
- Autoridad de Vivienda Pública
- Administración del Seguro Social
- Departamento Estatal de Correccionales/Justicia Juvenil
- Boleto para trabajar
- Administración de Beneficios de Veteranos
- Agencia de Bienestar (estatal o local)
- Compensación de Trabajadores

ENCUESTA PERSONAL

¿Cómo puede ser que la oficina le podra ayudar?

¿Qué servicios relacionados con el empleo está buscando?

¿Cuál es su limitación médica/mental/física primaria que afecta su capacidad para trabajar? Por favor describa.

¿Fecha de inicio?

PROVEEDOR DE TRATAMIENTO ACTUAL (s)

- 1) Nombre del Proveedor:
Fecha de Tratamiento:
Domicilio:
Ciudad, Estado:
Código Postal:
Número de Teléfono:
Motivo del Tratamiento:

2) Nombre del Proveedor:
Fecha de Tratamiento:
Domicilio:
Ciudad, Estado:
Código Postal:
Número de Teléfono:
Motivo del Tratamiento:

3) Nombre del Proveedor:
Fecha de Tratamiento:
Domicilio:
Ciudad, Estado:
Código Postal:
Número de Teléfono:
Motivo del Tratamiento:

INFORMACIÓN PERSONAL CONFIDENCIAL

La Oficina de Rehabilitación Vocacional (Oficina) es una agencia estatal y financiada federalmente que ayuda a las personas con discapacidades a lograr o mantener el empleo. Entiendo que es necesario que la oficina recopile información personal sobre mi programa de Rehabilitación.

- Entiendo que mi elegibilidad y/o provisión de servicios puede verse afectada si me niego a proporcionar personal información solicitada por la oficina.
- Entiendo que mi información personal será confidencial por la oficina y no será revelada a cualquier otra persona o entidad, excepto como se indica en el formulario de Información y Divulgación.

Sección 501(b) de la ley de Innovación y Oportunidad de La Fuerza Laboral de 2014; La sección 12C de la ley de Rehabilitación de 1973 modificada; 29USC711c y 721(a)(6)(A); 34CFR361.38; NRS 426.573, 426.610, 432B.220, 615.280, 615.290, y 629.061.

INFORMACIÓN INEXACTA O ENGAÑOSA

Si cree que la información de su registro de servicios es inexacta o engañosa, puede solicitar que la oficina modifique la información. Si la información no se modifica, la solicitud de modificación debe documentarse en el registro de los servicios.

RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR ACCIONES DE TERCEROS

La oficina, sus funcionarios, agentes, empleados y funcionarios elegidos y designados no son responsables en ningún caso de los daños causados a un cliente por terceros, incluidos, entre otros, los vendedores en una lista aprobada mantenida por la oficina, y por la presente específicamente renuncian a cualquier responsabilidad por lo tanto. Además, la oficina no renunciará y se propone afirmar la responsabilidad disponible del capítulo 41 de NRS en todos los casos.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON ENTIDADES GUBERNAMENTALES

Doy expresamente mi permiso para que la información sobre mí sea compartida en el Departamento de Empleo, Formación y Rehabilitación (DETR) de Nevada y en el Departamento de Educación de Nevada (DOE), ya que se relaciona con la administración de la Rehabilitación Vocacional Programa y a los programas básicos de la ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA), incluyendo DETR, DOE, y las juntas de Desarrollo de La Fuerza de trabajo local y la División de Servicios de Bienestar y Apoyo (DWSS) con el propósito de coordinar servicios y beneficios comparables. También entiendo que la Rehabilitación Vocacional tendrá acceso a información sobre mi Determinación de la Discapacidad del Seguro Social y mis registros de empleo.

RECONOCIMIENTO DE ACEPTACIÓN

Favor de las casillas iniciales aplicables a continuación y firme el final de la solicitud.

_____ Me han proporcionado el Formulario de Información y Divulgación de la Agencia e informado de:

- Mi oportunidad para la revisión de las decisiones adoptadas por mi consejero de rehabilitación con respecto a mi solicitud, la elegibilidad y el suministro o la denegación de servicio si no estoy de acuerdo con la decisión. Esto incluye el programa de asistencia y los pasos que debo seguir para solicitar una apelación formal de las decisiones de la Agencia.
- Mi Declaración de Derechos y Responsabilidades.
- Las calificaciones profesionales de los Consejeros de RV. Acepto entrar en una relación de Consejería de Rehabilitación en este momento.
- La protección, el uso y la divulgación de la información personal y las condiciones bajo las cuales mi información puede ser liberada sin mi consentimiento por escrito.
- Los riesgos de la comunicación electrónica. Estoy de acuerdo con el intercambio de información sobre mí a través de la métodos siguientes (iniciales todos los que aplican):

Opciones del Teléfono Celular

_____ El texto por teléfono celular

Opciones de Correo de Voz

_____ Mensaje de voz detallado (VM)

_____ VM para devolver la llamada

_____ No VM

Opciones de Correo Electrónico

_____ Comunicación por correo electrónico

_____ No enviar por correo electrónico

Opciones de Fax

_____ Fax

_____ No fax

Opciones de Correo

_____ Al domicilio en el archivo sólo

_____ Para el Cuidado de Mis Contactos Listados

_____ No seré discriminado por la División de Rehabilitación sobre cualquier base prohibida. He firmado y recibido una copia de la Igualdad de Oportunidades es el aviso de la Ley. Me han informado y una copia firmada se conservará en mi expediente.

Al hacer esta solicitud de servicios de Rehabilitación Vocacional, reconozco, entiendo y acepto que:

_____ Estoy solicitando servicios de rehabilitación vocacional para el propósito específico de conseguir y/o mantener un trabajo.

_____ VR es en gran parte financiado por el gobierno federal y se evalúa en criterios tales como el porcentaje de personas que ganan habilidades de trabajo o ganan credenciales (como un título universitario), así como el porcentaje de personas que mantienen el empleo y ganan salarios después de su caso es Cerrado. Con el fin de proporcionar esta información, VR debe recopilar datos sobre su empleo, salarios y credenciales obtenidas. Por lo tanto, el personal de RV o un asistente personal automatizado llamado "SARA " puede ponerse en contacto con usted durante toda la duración de su caso y hasta un año y medio después de que su caso se cierre. Es importante que responda a estos contactos y proporcione la documentación solicitada.

_____ Es mi responsabilidad informar a mi consejero de cualquier cambio relacionado con esta solicitud, como cambios en mi dirección, ingresos o empleo.

_____ No hay ningún costo por los servicios prestados directamente a mí por el personal de RV. Se me pedirá que proporcione información financiera y mis necesidades financieras se tomarán en consideración al determinar mi participación en los costos de los servicios que VR debe comprar de otras entidades.

_____ Si la VR paga por bienes o servicios de los que soy responsable financieramente, acepto reembolsar a VR la porción de los costos por los que soy responsable.

_____ Acepto proporcionar información financiera precisa y cumplir con las siguientes condiciones:

- Todos los bienes y servicios financiados por VR están destinados a ayudarme a completar IPE (Plan Individualizado para Empleo) para poder obtener y mantener el empleo. Acepto ser honesto con respecto a mis necesidades vocacionales cuando solicito financiación para bienes y servicios, y utilizar los bienes y servicios adquiridos por VR de manera responsable para los fines previstos.
- No voy a utilizar, o permitir que otros usen, bienes y servicios comprados por VR en mi nombre de una manera que haría que no estuvieran disponibles para los servicios de RV o que comprometiera mi capacidad de usarlos de la manera prevista.

- Voy a cumplir y ser responsable de todas las políticas relacionadas con el uso de fondos de realidad virtual en mi nombre.
- Proporcionaré toda la documentación requerida por VR. Por ejemplo, recibos, registros de kilometraje informes de calificaciones, agradecimientos firmados de recepción de bienes y servicios (RD-87s), etc.

VR no pagará ni reembolsará por ningún servicio por el que mi consejero no haya emitido una autorización por escrito para la compra (Nota: el acuerdo verbal para proporcionar un servicio o la inclusión de un servicio en mi plan individualizado para el empleo no constituye un escrito autorización de compra).

VR puede recuperar fondos para artículos comprados sin autorización o aprobación de la Agencia y fondos de RV gastados en artículos para los cuales yo era financieramente responsable. El uso inapropiado de bienes o servicios financiados por VR o la falta de proporcionar la documentación requerida; tales como registros de kilometraje, RD-87s, y/o recibos pueden dar lugar a la suspensión de los servicios, un requisito para reembolsar VR para los bienes y servicios, devolución de los bienes, y/o cierre de caso. Si los fondos todavía se deben a la RV de un caso anterior, los nuevos servicios pueden suspenderse hasta que se reembolse la RV. La retención deliberada y deliberada, la ocultación o la tergiversación de la información para obtener o intentar obtener servicios de RV o financiación puede ser un fraude. Los casos serios de fraude o intención de cometer fraude pueden dar lugar a un cierre inmediato del caso y/o un informe a la aplicación de la ley puede presentarse en busca de enjuiciamiento criminal.

Firma del Solicitante	Fecha

Padre / Guardiá / Firma de Representante Legal	Fecha

Firma del Individuo que llenó la solicitud si es diferente de la anterior	Fecha

Padre/Guardiá/Representante legal Domicilio:

Correo electrónico:

Teléfono: