Washington State Department of Social & Health Services
DVR Division of Vocational Rehabilitation

DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)

Información vocacional

Vocational Information

FOR DVR STAFF ONLY
VRC ASSIGNED
APPLICATION DATE

Por favor complete todo lo que pueda de este formulario. Esta información ayudará a la División de Rehabilitación Vocacional (DVR, por sus siglas en inglés) a determinar su elegibilidad y planificación vocacional. Su información será confidencial y se usará sólo en la medida que sea necesaria para su rehabilitación. Si necesita ayuda para completar este formulario, pida ayuda a su asesor.

PADRE O TUTOR LEGAL

¿Usted es menor de edad (menos de 18 años de edad) o tiene un tutor legal asignado por el tribunal? ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es afirmativa, brinde la información de contacto de su padre o tutor legal:

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF

If individual has a legal guardian, DVR has obtained proof of legal guardianship? ☐ Yes ☐ No

I. DATOS PERSONALES

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	2. PRIMER NOMBRE DEL SOLICITANTE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO

3. SEXO ☐ Masculino ☐ Femenino	4. FECHA DE NACIMIENTO	5. CONDADO EN EL QUE VIVE

6. DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	8. VIDEÓFONO IP

9. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) ☐ Voz ☐ Fax ☐ TTY/TDD	10. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) ☐ Voz ☐ Fax ☐ TTY/TDD

11. ESTADO CIVIL
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Pareja doméstica ☐ Viudo

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.

Number in family: _____ Number of dependents: _____

12. ASUNTOS LEGALES
¿Tiene antecedentes penales que afectan su posibilidad de trabajar en determinados empleos o campos? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene una condena por conducir bajo la influencia del alcohol o drogas? ☐ Sí ☐ No
¿Ha sido condenado por un delito grave? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa, brinde la siguiente información:
Nombre del oficial de libertad condicional: _____ Número de teléfono: _____
Fecha de liberación: _____ Ciudad/Jurisdicción: _____

13. ¿Vive de manera independiente? ☐ Sí ☐ No

FOR DVR STAFF ONLY:
IF IL ISSUES EXIST, COMPLETE IL VOCATIONAL INFORMATION ADDENDUM.

14. ¿Necesita ayuda con algún problema de la vida independiente? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa, explique:

15. ¿Hace cuánto tiempo vive en su dirección actual? _____
¿Está pensando en mudarse en el futuro cercano? ☐ Sí ☐ No

16. NOMBRE DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR	PARENTESCO	NOMBRE DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR	PARENTESCO

17. ¿QUIÉN LO DERIVÓ A LA DVR?

II. ESTUDIO DE EDUCACIÓN Y TRABAJO

18. ¿Terminó la secundaria? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa, usted obtuvo:
☐ un diploma; o un ☐ GED (certificado de equivalencia de educación secundaria)

NOMBRE DE LA ESCUELA	AÑO EN QUE TERMINÓ	CIUDAD Y ESTADO	SI SU RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿HASTA QUÉ GRADO ESTUDIÓ?

19. ¿Ha recibido educación superior? ☐ Sí ☐ No

INSTITUTO/UNIVERSIDAD	AÑO	ÁREA(S) PRINCIPAL(ES) DE ESTUDIO	TÍTULOS

20. Otras escuelas o capacitación:

21. ¿Tiene dificultades para aprender? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa, explique:

22. ¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa, ¿a cuánto asciende su ingreso mensual? $_____

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.

Occupation category: _____

Weekly earnings: _____ **Hour worked:** _____

HISTORIA LABORAL: EMPIECE CON SU EMPLEO ACTUAL O EL ÚLTIMO QUE TUVO

PUESTO		EMPLEADOR	CIUDAD Y ESTADO
FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	SALARIO $ por	MOTIVO DE CESE

HABILIDADES Y RESPONSABILIDADES			
PUESTO		EMPLEADOR	CIUDAD Y ESTADO
FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	SALARIO $ por	MOTIVO DE CESE
HABILIDADES Y RESPONSABILIDADES			
PUESTO		EMPLEADOR	CIUDAD Y ESTADO
FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	SALARIO $ por	MOTIVO DE CESE
HABILIDADES Y RESPONSABILIDADES			
PUESTO		EMPLEADOR	CIUDAD Y ESTADO
FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	SALARIO $ por	MOTIVO DE CESE
HABILIDADES Y RESPONSABILIDADES			

¿En algún empleo se brindaron o presentaron dispositivos de asistencia o adaptaciones razonables necesarios?
Si la respuesta es afirmativa, sírvase explicarla:

III. INFORMACIÓN DE CONTACTO

23. Si no podemos comunicarnos con usted, ¿con quién deberíamos comunicarnos?

NOMBRE	DOMICILIO	NÚMERO DE TELÉFONO	PARENTESCO

IV. ORIGEN ÉTNICO

Esta información no es obligatoria, pero nos ayudará a asegurar que los servicios se brinden sin importar la raza, el color o la nacionalidad de origen.

Usted es de origen Español/Hispano: ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a continuación:

☐ Mexicano-americano ☐ Puertorriqueño
☐ Cubano ☐ Otro (especificar): _____

Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a continuación según su raza/origen étnico.

☐ Blanco/Americano europeo	☐ Chino	☐ Japonés	☐ Laosiano
☐ Afroamericano	☐ Filipino	☐ Samoano	☐ Tailandés
☐ Aleuta	☐ Hawaiano	☐ Indio asiático	☐ Otro asiático o isleño del Pacífico
☐ Esquimal	☐ Coreano	☐ Guamano	☐ Otro (especificar):
☐ Indio americano	☐ Vietnamita	☐ Camboyano	_____

Indicar tribu: _____

☐ **No deseo brindar información acerca de mi raza y/o origen étnico.**

V. COMUNICACIÓN Y NECESIDADES ESPECIALES

24. ¿Qué idiomas habla, lee y/o escribe con fluidez?

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.

English speaking ability: _____ **Reading ability:** _____

Primary language: _____

Communications ability: _____

Transportation use ability: _____

VI. MANUTENCIÓN Y SEGURO MÉDICO

25. Si no está trabajando, ¿cómo se mantiene?

26. ¿A cuánto asciende su ingreso mensual TOTAL de todas las fuentes y/o beneficios? $_____
27. Si va al trabajo, ¿cuánto necesitará ganar al mes para mantenerse a usted mismo y/o a su familia?

$_____

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.

Primary support: _____

Public support: _____

Support amount: _____ **Family income:** _____

28. ¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Compensación para trabajadores
¿Su seguro médico es brindado por su empleador? ☐ Sí ☐ No

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.

Type of institution: _____

29. ¿Está usted involucrado con alguna de las siguientes agencias o programas?

- ☐ Ninguno
- ☐ Tratamiento para la adicción al alcohol/drogas
- ☐ Discapacidades del desarrollo (DD)
- ☐ Programas médicos, sociales y económicos de DSHS
- ☐ Seguridad del empleo (ES)
- ☐ Sociedad de capacitación laboral
- ☐ Labor e industrias (L&I)
- ☐ Salud mental (MHD)
- ☐ Proyecto con industrias (PWI)
- ☐ Trabajador agrícola estacional
- ☐ Trabajador agrícola emigrante
- ☐ Secundaria (menor de 22 años)
- ☐ Administración de seguridad social
- ☐ Empleo con apoyo
- ☐ Veterano
- ☐ Otro (especificar): _____

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.

Funding source: ☐ **General** ☐ **Supported employment**

Proviso: ☐ **DD** ☐ **MH** ☐ **Transition**

VII. DOCUMENTACIÓN/VOCACIONAL

30. ¿HA ESTADO INVOLUCRADO CON LA DVR ANTERIORMENTE? ☐ Sí ☐ No	SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, CUÁNDO	DÓNDE
NOMBRE DEL ASESOR DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL		SU NOMBRE (SI ERA OTRO EN ESE MOMENTO)

31. ¿Qué espera de la DVR?

32. ¿HA BRINDADO SERVICIO MILITAR? ☐ Sí ☐ No	SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE RAMA DE SERVICIO	FECHAS	TIPO DE BAJA
33. ¿TIENE UN MEDIO DE TRANSPORTE CONFIABLE DISPONIBLE? ☐ Sí ☐ No	SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, DE QUÉ TIPO		LICENCIA DE CONDUCIR VÁLIDA

34. ¿DÓNDE NACIÓ?	CIUDAD	ESTADO	PAÍS

CIUDADANO NACIONALIZADO ☐ Sí ☐ No	SI NO ES NACIONALIZADO, ¿TIENE UN PERMISO DE TRABAJO VÁLIDO (PERMISO DE RESIDENCIA)? ☐ Sí ☐ No	SI NO TIENE UN PERMISO DE TRABAJO VÁLIDO, EXPLIQUE
	SI TIENE UN PERMISO DE TRABAJO VÁLIDO, BRINDE LA FECHA DE VENCIMIENTO	

35. ¿Cuáles son sus intereses laborales inmediatos?

36. ¿Tiene alguna habilidad, certificado o licencia especial? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa, explique brevemente:

37. Si no está trabajando, ¿qué ha estado haciendo para prepararse o encontrar empleo?

38. ¿Actualmente tiene algún prospecto de trabajo? ☐ Sí ☐ No

39. ¿Cuáles son sus metas profesionales de largo alcance?

40. Describa cualquier prueba vocacional que haya tenido dentro de los últimos cinco años.

VIII. MÉDICO/PSICOLÓGICO

41. ¿Tiene una o más afecciones que afectan su capacidad para trabajar? ☐ Sí ☐ No

42. Su afección es:

☐ Física ☐ Alcohol/drogas ☐ Psiquiátrica/emocional
☐ Neurológica ☐ Sensorial (oído/vista) ☐ Discapacidad de aprendizaje

43. Describa brevemente la(s) afección(es):

44. ¿De qué manera su(s) afección(es) no le permite obtener un empleo, mantener un empleo o desempeñar tareas laborales esenciales?

45. ¿Tiene problemas o inquietudes respecto a lo siguiente?

☐ Visión/audición/habla ☐ Intestinos ☐ Lesión en la cabeza o derrame cerebral ☐ Tumor/cáncer
☐ Presión sanguínea alta ☐ Desmayos/desvanecimientos ☐ Corazón ☐ Ataques/convulsiones
☐ Trastornos de la sangre ☐ Insomnio ☐ Asma/Falta de respiración ☐ Dolores de cabeza
☐ Alergias/sarpullidos ☐ Dolor crónico ☐ Estómago, intestinos ☐ Movilidad

46. ¿Alguna vez ha quedado inconsciente? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa, explique brevemente:

47. Describa otros problemas de salud:

48. ¿Tiene problemas o inquietudes respecto a lo siguiente?

☐ Vigor/fortaleza ☐ Depresión ☐ Recordar cosas ☐ Enojo o mal genio
☐ Seguir instrucciones ☐ Leer o escribir ☐ Estrés ☐ Concentración
☐ Entenderse con los demás ☐ Coordinación ☐ Trabaja muy despacio ☐ Matemáticas
☐ Falta mucho al trabajo ☐ Habla ☐ Ansiedad o pánico

49. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por un problema de salud emocional o mental? ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es afirmativa, explique:

50. Enumere los médicos o especialistas involucrados en el tratamiento de su(s) afección(es).

FECHAS DE TRATAMIENTO	NOMBRE	DOMICILIO

51. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado debido a su(s) afección(es)? ☐ Sí ☐ No

FECHAS DE TRATAMIENTO	HOSPITAL	DOMICILIO
RAZÓN		
RAZÓN		
RAZÓN		

52. ¿Está tomando medicamentos? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa, indíquelos:

53. ¿Existen dispositivos de asistencia u otra tecnología que podría ayudarle a realizar un trabajo?