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

DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)

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.

I. Datos personales

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
2. PRIMER NOMBRE DEL SOLICITANTE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE APELLIDO
3. NOMBRE DE PREFERENCIA
4. APELLIDO ANTERIOR
5. PRIMER NOMBRE ANTERIOR
6. SEXO ☐ Masculino ☐ Femenino
7. FECHA DE NACIMIENTO
8. CONDADO EN EL QUE VIVE
9. DIRECCIÓN POSTAL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
10. DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN POSTAL) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
12. VIDEÓFONO IP
13. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) ☐ CELULAR ☐ TTY/TDD
14. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) ☐ CELULAR ☐ TTY/TDD
15. ESTADO CIVIL
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Pareja doméstica ☐ Viudo
16. ES USTED CIUDADANO DE EE.UU.
☐ Sí ☐ No
Si no es ciudadano de los EE.UU. ¿Tiene un permiso de trabajo válido (permiso de residencia)? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene un permiso de trabajo válido? ☐ Si ☐ No; si la respuesta es afirmativa, fecha de

17. Número de dependientes: _____ Número en la familia: _____

18. NOMBRES DEL MIEMBRO DEL HOGAR	PARENTESCO	EDAD	NOMBRES DEL MIEMBRO DEL HOGAR	PARENTESCO	EDAD

19. ARREGLOS DE VIVIENDA

☐ Residencia privada
☐ Hogar de crianza en grupo / residencial comunitario
☐ Centro de rehabilitación
☐ Centro de salud mental
☐ Residencia para ancianos
☐ Centro penitenciario de adultos
☐ Casa a medio camino
☐ Centro de tratamiento de abuso de sustancias
☐ Sin vivienda / refugio
☐ Otro:

20. 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: _____

II. Médico / Psicológico

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

2. Su afección es:

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

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

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

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

6. ¿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

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

8. Describa otros problemas de salud:

9. ¿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

10. Alguna vez ha recibido tratamiento para:

a. ¿Problema de salud emocional o mental? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, sírvase explicar:

b. ¿Drogas y/o dependencia del alcohol? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, sírvase explicar:

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

FECHAS DE TRATAMIENTO	NOMBRE	DIRECCIÓN

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

FECHAS DE TRATAMIENTO	HOSPITAL	DIRECCIÓN
RAZÓN		
RAZÓN		

III. Estudio de educación y trabajo

1. ¿Está usted en la escuela secundaria o en un programa de transición? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, responda lo siguiente:

   ¿Tiene un plan de acomodación de 504? ☐ Sí ☐ No

   ¿Está recibiendo servicios bajo un IEP? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Terminó la secundaria? ☐ Sí ☐ No ¿Obtuvo un diploma o GED? ☐ Sí ☐ No

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

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

INSTITUTO/UNIVERSIDAD	NÚMERO DE AÑOS QUE ASISTIÓ	AÑO EN QUE TERMINÓ	ÁREA(S) PRINCIPAL(ES) DE ESTUDIO	TÍTULOS

Indique las escuelas o capacitación:	Indique habilidades especiales, certificados o licencias:

4. SERVICIO MILITAR

¿Ha servido en el ejército? ☐ Sí ☐ No Tipo de baja: _____

Si la respuesta es afirmativa, indique la rama del servicio:: _____

Fechas de servicio: _____

Indique los títulos de trabajo, habilidades y capacitación especial:

5. ¿Cuál es su situación laboral actual?

☐ Empleados a tiempo completo o parcial
☐ Empleo extendido (un taller protegido)
☐ Empleo independiente
☐ Programa empresarial de negocios administrado por la agencia estatal (BEP)
☐ Trabajador familiar no remunerado (granja o empresa familiar)
☐ Ama de casa (atender el hogar de manera que otra persona en el hogar pueda obtener ingresos)
☐ Empleo con los servicios de empleo asistido
☐ Sin empleo, asistiendo a la universidad
☐ Sin empleo, asistiendo a la escuela secundaria o programa GED
☐ Sin empleo, aprendiz, pasante o voluntario que asiste
☐ Sin empleo, otro

Historia laboral: Indique sus últimos tres (3) puestos de trabajo

PUESTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
EMPLEADOR	CIUDAD Y ESTADO	
Salario: $ _____ por: ☐ hora ☐ semanal ☐ quincenal ☐ mensual ☐ anual	HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	
HABILIDADES/RESPONSABILIDADES	MOTIVO DE SALIDA	

PUESTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
EMPLEADOR	CIUDAD Y ESTADO	
Salario: $ _____ por: ☐ hora ☐ semanal ☐ quincenal ☐ mensual ☐ anual	HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	
HABILIDADES/RESPONSABILIDADES	MOTIVO DE SALIDA	

PUESTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
EMPLEADOR	CIUDAD Y ESTADO	
Salario: $ _____ por: ☐ hora ☐ semanal ☐ quincenal ☐ mensual ☐ anual	HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	
HABILIDADES/RESPONSABILIDADES	MOTIVO DE SALIDA	

¿En algún empleo fueron necesarios, provistos o planeados dispositivos de asistencia o adaptaciones razonables?
Si la respuesta es afirmativa, sírvase explicarla:

IV. Información de contacto

1. Si no podemos ponernos en contacto con usted, ¿con quién deberíamos comunicarnos?

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	PARENTESCO

2. 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 POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (ESTE RECUADRO SERÁ CONTESTADO POR EL PERSONAL DE LA DVR)

If individual has a legal guardian, has DVR obtained a copy of the legal guardianship signed by a judge?
☐ **Yes** ☐ **No**

V. Raza y Origen étnico

Esta información no es necesaria para recibir los servicios de DVR. El gobierno federal requiere que se guarde la información de raza/origen étnico sólo para fines de registro. Si decide no revelar esta información, se requiere que DVR especifique su raza/origen étnico.

Todas las agencias que reciban fondos federales deben reportar información de raza/origen étnico ya sea por medio de un autoreporte del cliente o de observaciones del personal. Esto se basa en la Directiva Número 15 de Política Estadística de la Oficina federal de Administración y Presupuesto (por sus siglas en inglés, “OMB”), Estándares de Raza y Origen Étnico para Reportes Federales de Estadística y Administración.

Origen étnico

☐ No hispano / Latino
☐ Hispano / Latino

Si la respuesta es afirmativa, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) abajo:

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

Raza

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

☐ Indio americano / nativo de Alaska
Indicar tribu: _____
☐ Negro / Afroamericano
☐ Camboyano
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Guamano
☐ Hawaiano
☐ Japonés
☐ Laosiano
☐ Samoano
☐ Tailandés
☐ Vietnamita
☐ Blanco/Americano europeo
☐ Otro (especificar): _____

VI. Necesidades de transporte y comunicaciones

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

¿Tiene disponible un medio de transporte confiable? ☐ Sí ☐ No

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (ESTE RECUADRO SERÁ CONTESTADO POR EL PERSONAL DE LA DVR)

Communication ability:

Transportation use ability:

VII. Manutención financiera y seguro médico

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

2. ¿Recibe el apoyo de alguno de las siguientes agencias?

- ☐ Ninguno
- ☐ Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) $_____
- ☐ Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) para Ancianos, Ciegos y Discapacitados $ _____
- ☐ Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) $ _____
- ☐ Asistencia General (Gobierno estatal o local) $ _____
- ☐ Beneficios por incapacidad para veteranos $ _____
- ☐ Compensación para trabajadores $ _____
- ☐ Seguridad del empleo (Seguro por desempleo) $ _____
- ☐ El resto de la ayuda pública $ _____

3. ¿A cuánto asciende su ingreso mensual TOTAL de todas las fuentes y/o beneficios? $_____

4. Cuando vaya a trabajar, ¿cuánto necesitará ganar al mes para mantenerse a usted mismo y/o a su familia? $_____

5. ¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No

- ☐ Medicaid ☐ Medicare
- ☐ Seguro público de otras fuentes (Compensación laboral, Programa de Seguro Médico para Niños, etc.)
- ☐ Seguro privado a través del propio empleador
- ☐ Seguro privado a través de otra fuente
- ☐ Todavía no es elegible para un seguro privado a través del empleador actual, pero será elegible después de cierto período de tiempo.

VIII. Participación de Rehabilitación Vocacional

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

☐ No se ha proporcionado servicios o financiación de los programas o las organizaciones que figuran a continuación.

☐ Tratamiento para la adicción al alcohol/drogas
☐ Programa de servicios de VR de Indio Americano
☐ Centros para la Vida Independiente
☐ Servicios de Protección Infantil
☐ Programas comunitarios de rehabilitación
☐ Organizaciones de consumidores o grupos de defensa
☐ Instituciones educativas (escuela primaria / secundaria)
☐ Instituciones educativas (Educación terciaria/Instituto)
☐ Empleadores
☐ Redes de empleo
☐ Ayuda Estudiantil Federal (como Pell Grants, etc)
☐ Agencias para Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo
☐ Proveedor de atención médica (Público o privado)
☐ proveedor de atención de salud mental (público o privado)
☐ Centros Integrados de Capacitación de Empleo (WorkSource)
☐ Autoridad de Vivienda Pública
☐ Administración del Seguro Social (SSA)
☐ Departamento de Correcciones del Estado / Justicia Juvenil
☐ Agencia Estatal de Seguridad del Empleo (Seguridad del empleo)
☐ Administración de Veteranos
☐ Agencia de Bienestar (Gobierno estatal o local) (DSHS)
☐ Compensación para trabajadores (L&I)
☐ Otras agencias estatales de VR
☐ Otras agencias estatales
☐ Otros servicios

2. ¿Quién lo derivó a la DVR? Si no has sido referido, seleccione Auto referencia.

☐ Instituciones educativas (secundaria)
☐ Instituciones educativas (universidad)
☐ Proveedor de atención médica
☐ Agencia de bienestar (estatal o local) (DSHS)
☐ Programas comunitarios de rehabilitación
☐ Administración de seguridad social
☐ Centros Integrados de Capacitación de Empleo (WorkSource)
☐ Auto referencia
☐ Otras fuentes
☐ Programa de servicios de la VR para indios americanos
☐ Centros para Vida Independiente
☐ Servicios de Protección al Niño
☐ Empleadores
☐ Organizaciones religiosas
☐ Familia/Amigos
☐ Proveedores para Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo
☐ Proveedor de salud mental (público o privado)
☐ Autoridad de Vivienda Pública
☐ Departamento de corrección del estado/justicia juvenil
☐ Agencia Estatal de Servicios de Empleo (Seguro del empleado)
☐ Administración para Veteranos
☐ Compensación para trabajadores (L&I)
☐ Otras agencias estatales de VR
☐ Otras agencias estatales de VR
☐ Organizaciones de consumidores o grupos de defensa

3. ¿HA PARTICIPADO 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)

4. ¿Qué espera de la DVR?

5. ¿Cuáles son sus intereses laborales inmediatos?

6. Si no está trabajando, ¿qué ha estado haciendo para prepararse o encontrar empleo?
7. ¿Actualmente tiene algún prospecto de trabajo? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Cuáles son sus metas profesionales de largo alcance?