Washington State Department of Social & Health Services

DVR Division of Vocational Rehabilitation

Заява
на отримання послуг з професійної реабілітації

Application for
Vocational Rehabilitation Services

1. НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	2. ІМ'Я ЗАЯВНИКА ПО БАТЬКОВІ ПРІЗВИЩЕ	
3. СТАТЬ ☐ чол. ☐ жін.	4. ДАТА НАРОДЖЕННЯ	5. ОКРУГ
6. АДРЕСА	МІСТО ШТАТ ІНДЕКС	
7. НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (З КОДОМ МІСТА) ☐ Факс ☐ TTY		8. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ 9. IP ВІДЕОТЕЛЕФОНУ
10. Зараз я отримую послуги: ☐ SSDI ☐ SSI – Disabled (для непрацездатних)		

Подаючи цю заяву, я звертаюсь до Відділу професійної реабілітації (Division of Vocational Rehabilitation, DVR) за наданням послуг, які дозволять мені, врешті-решт, працевлаштуватися.

Я розумію, що відповідно до розділу VI Закону «Про захист громадянських прав» 1964 року (Civil Rights Act of 1964) та законодавства штату Вашингтон, направленому проти дискримінації, в усіх програмах та послугах Департаменту соціального забезпечення та охорони здоров'я (Washington State Department of Social and Health Services, DSHS) заборонена дискримінація на основі раси, кольору шкіри, переконань, віросповідання, сексуальної орієнтації, статусу інваліда війни, статусу ветерана періоду В'єтнамського конфлікту, національного походження, статі, інвалідності та віку.

Я розумію, що DVR може отримувати особисті дані від федеральних органів та органів штату для підтвердження моїх пільг, заробітків та доходів від трудової діяльності за наймом або індивідуальної трудової діяльності. Повноваження на отримання таких даних забезпечуються на підставі положень розділу 388-891-0103 Адміністративного кодексу штату Вашингтон (WCA 388-891-0103), розділу 34 CFR 361.38 Зводу федеральних правил (Code of Federal Regulations), а також розділу 50.13.060 про захист інформації щодо працевлаштування (RCW 50.13.060 for Employment Security) та розділу 82.32.330 стосовно Податкового управління (RCW 82.32.330 for Department of Revenue) Зводу переглянутих законів штату Вашингтон (RCW).

Я також розумію, що згідно з положенням розділу 388-891-0215 Адміністративного кодексу штату Вашингтон, якщо коли-небудь я буду незадоволений (а) будь-яким рішенням, прийнятим DVR, то у мене є право звернутися до програми допомоги клієнтам (Client Assistance Program, CAP), право вимагати позасудового вирішення спору за допомогою посередників, а також право вимагати проведення офіційного слухання справи.

Будь ласка, поставте відмітку в наступних клітинках, якщо це стосується Вас:

☐ **Мені розповіли про процедури подання скарг у зв'язку з дискримінацією та про послуги програми допомоги клієнтам (CAP).**

☐ **Я розумію, що консультант DVR повинен визначити, чи маю я право на послуги з професійної реабілітації. Для встановлення наявності такого права може знадобитися проведення оцінки, і я готовий (а) взяти участь в проведенні такої оцінки.**

☐ **Мені була запропонована можливість зареєструватися, щоб брати участь у прийнятті рішень.**

☐ **Я даю дозвіл DVR надавати необхідну інформацію системі обліку клієнтів DSHS. Ця інформація допоможе Вашому консультанту узгоджувати послуги, що надаються, з іншими відділами DSHS. Зазначена інформація містить: ім'я та прізвище; номер соціального забезпечення; дату народження; стать; етнічне походження; дані про організацію чи медичний заклад, що зараз проводить лікування.**

ПІДПИС ЗАЯВНИКА/БАТЬКА АБО МАТЕРІ/ОПІКУНА	ДАТА ПОДАННЯ ЗАЯВИ

TO BE COMPLETED BY DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR) STAFF ONLY

DVR STAFF ASSIGNED TO APPLICANT