

职业康复相关情况
Vocational Information

FOR DVR STAFF ONLY (仅供 DVR 工作人员填写)

VRC ASSIGNED

APPLICATION DATE

请尽量完整填写此表格。这些情况将有助于职业康复处(DVR)确定您的资格条件以及职业康复计划安排。您的全部情况都将受到保密，并仅仅用于为您安排必要的职业康复服务。如果您在填写此表格时需要帮助，可以请您的辅导员协助。

I. 个人情况

1. 社保号	2. 申请人名字	中间名缩写	姓氏
3. 首选称呼 (姓名)	4. 曾用姓氏	5. 曾用名字	
6. 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	7. 出生日期	8. 您所在的县	
9. 邮寄地址	城市	州	邮政编码
10. 街道名称与门牌号码 (若与邮寄地址不同, 则需填写)	城市	州	邮政编码
11. 电子邮件地址	12. 视讯电话 IP 定位址		
13. 电话号码 (请包括区号) <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> TTY/TDD 专线	14. 电话号码 (请包括区号) <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> TTY/TDD 专线		

15. 婚姻状况

未曾结过婚 已婚 分居 已离婚 同居 孀居或鳏居

16. 依亲子女数目: _____ 家庭人口数目: _____

17. 家庭成员之姓名	与您的关系	年龄	家庭成员之姓名	与您的关系	年龄

18. 居住安排

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 私人住所 | <input type="checkbox"/> 成人教管所 |
| <input type="checkbox"/> 社区住宿看护服务设施/合住家庭 | <input type="checkbox"/> 恢复期寄宿所 |
| <input type="checkbox"/> 康复治疗机构 | <input type="checkbox"/> 酒精与毒品戒除治疗中心 |
| <input type="checkbox"/> 心理健康服务设施 | <input type="checkbox"/> 无家可归/救济所 |
| <input type="checkbox"/> 护养院 | <input type="checkbox"/> 其它: |

19. 法律问题

您是否有任何会对您能否从事某些特定工作或在某些特定领域工作造成影响的犯罪历史? 是 否

您是否曾因酒后或药后驾驶(DWI)/在酒精或药物影响下驾驶(DUI)而被定罪? 是 否

您是否曾被判过重罪? 是 否 若是如此, 请提供下列情况:

缓刑监督/假释官姓名: _____ 电话号码: _____

获释日期: _____ 城市/司法管辖区: _____

II. 医疗/心理状况

1. 您是否有一种或一种以上会影响您工作能力的病症? 是 否

2. 您的病症是否属于:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 身体症状 | <input type="checkbox"/> 酒精/毒品 | <input type="checkbox"/> 精神病/情感 |
| <input type="checkbox"/> 神经病 | <input type="checkbox"/> 感官 (听力/视觉) | <input type="checkbox"/> 学习障碍 |

3. 请简要描述相关症状:

4. 您目前是否在服用任何药物? 是 否 若是如此, 则请列明:

5. 就谋职、保持工作或履行基本工作职责而言, 您的症状会造成哪些障碍?

6. 您是否有以下病症或潜在症状?

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 视觉 | <input type="checkbox"/> 听力 | <input type="checkbox"/> 语言 | <input type="checkbox"/> 肠 |
| <input type="checkbox"/> 头部受伤或中风 | <input type="checkbox"/> 肿瘤/癌症 | <input type="checkbox"/> 高血压 | <input type="checkbox"/> 短暂昏晕/昏厥 |
| <input type="checkbox"/> 心脏 | <input type="checkbox"/> 癫痫/惊厥 | <input type="checkbox"/> 血液病 | <input type="checkbox"/> 失眠症 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘/呼吸短促 | <input type="checkbox"/> 头痛 | <input type="checkbox"/> 过敏症/皮疹 | <input type="checkbox"/> 慢性疼痛 |
| <input type="checkbox"/> 胃, 肠道 | <input type="checkbox"/> 行动 | | |

7. 您是否曾发生过失去知觉的情况? 是 否 若是如此, 请简要说明:

8. 请描述其它健康问题:

9. 您是否有以下病症或潜在症状?

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 精力/体力 | <input type="checkbox"/> 抑郁 | <input type="checkbox"/> 记忆力 | <input type="checkbox"/> 发怒或脾气暴躁 |
| <input type="checkbox"/> 听从指示 | <input type="checkbox"/> 阅读或写作 | <input type="checkbox"/> 压力 | <input type="checkbox"/> 注意力集中 |
| <input type="checkbox"/> 与他人和睦相处 | <input type="checkbox"/> 配合 | <input type="checkbox"/> 工作缓慢 | <input type="checkbox"/> 数学 |
| <input type="checkbox"/> 上班出勤过多 | <input type="checkbox"/> 言语 | <input type="checkbox"/> 焦虑或惊慌 | |

10. 您是否曾因以下问题而接受过任何治疗:

a. 情绪或心理健康问题? 是 否 若是如此, 请说明:

b. 毒品和/或酒精依赖症? 是 否 若是如此, 请说明:

11. 请列出为您提供治疗的医生或专科医生。

治疗日期	姓名	地址

12. 您是否曾因任何病症而住院? 是 否

治疗日期	医院名称	地址
原因		
原因		

III. 教育与勤工俭学

1. 您目前是否就读高中或过渡课程计划? 是 否 若是如此, 请回答下列问题:

您目前是否有一项康复法案 504 便利安排计划? 是 否

您目前是否接受个人化教育计划(IEP)服务? 是 否

2. 您是否已完成高中学业? 是 否 您是否有毕业文凭或普通中等教育证书(GED)? 是 否

学校名称	毕业年份	城市与州	若非如此, 请问您最后就读哪一年级?

3. 您是否上过大学? 是 否

学院/大学名称	就读时间持续几年	毕业年份	主修范围	学位

在您从事工作时，是否需要或者曾为您提供或试用过任何辅助装置或合理的便利条件？
若是如此，请说明：

IV. 联系信息

1. 如果我们无法与您取得联系，我们应与何人联系？

姓名	地址	电话号码	与您的关系

2. 家长或法定监护人

您是否是未成年人（即未满 18 岁者），或者有一位由法庭指定的法定监护人？ 是 否
若是如此，请提供您的家长或法定监护人之联系信息。

姓名	电话号码	电子邮件地址

邮寄地址 城市 州 邮政编码

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (由 DVR 工作人员填写此方框)

If individual has a legal guardian, has DVR obtained a copy of the legal guardianship signed by a judge?

Yes No

V. 种族与族裔

提供此情况并非获得 DVR 服务的必要条件。联邦政府规定，仅可出于资料收集目的而保存种族/族裔情况。如果您选择不披露此情况，DVR 将根据要求而列明您的种族/族裔。

所有获得联邦资金的机构必须上报由客户自行报告或通过工作人员调查得知的种族/族裔资料。其根据是联邦行政管理和预算局(OMB)第 15 号统计政策指令，针对联邦统计和行政管理报告的种族和族裔标准。

族裔

- 非西班牙裔/拉丁裔
 西班牙裔/拉丁裔

若是如此，请勾选下面的相应方框：

- 美籍墨西哥裔 波多黎各人
 古巴人 其他（请具体写明）： _____

种族

请根据您的种族/族裔而勾选下面的相应方框。

- 美国本土印第安人/阿拉斯加本土居民 柬埔寨人 夏威夷人 泰国人
请列明部落： _____ 华人 日本人 越南人
 黑人/非裔美国人 菲律宾人 老挝人 白人/欧裔美国人
 关岛人 萨摩亚人 其它（请具体写明）： _____

VI. 交流沟通与交通方面的需求

您能流利运用哪种语言交谈、阅读和（或）书写？

您是否有可靠的交通工具？ 是 否

驾驶执照号码

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (由 DVR 工作人员填写此方框)

Communication ability:

Transportation use ability:

VII. 财务资助与医疗保险

1. 若不工作，您如何维持自己的生活？

2. 您是否接受下列任何机构提供的支持服务？

- 无
- 社会保障残障保险福利金(SSDI) \$ _____
- 老年人、盲人或残障人士补充保障收入津贴(SS)I \$ _____
- 贫困家庭临时辅助计划 (TANF) \$ _____
- 一般补助（州府或地方政府） \$ _____
- 退伍军人残障福利金 \$ _____
- 工人补偿金 \$ _____
- 就业保障金（失业保险福利金） \$ _____
- 所有其它的公共补助金 \$ _____

3. 来自您所有收入来源和（或）福利的月收入总额是多少？ \$ _____

4. 若参加工作，您每月需挣得多少工资才能维持您本人和（或）您家的生活？ \$ _____

5. 您是否有医疗保险？ 是 否

- Medicaid Medicare 平价医疗法案市场
- 从其它来源获得的公费保险（雇员补偿金、儿童健康保险计划等）
- 由当事人雇主提供的私人保险
- 从其它来源获得的私人保险
- 尚不符合资格享受由雇主提供的私人保险，但经过一段时间后将符合资格。

VIII. 参与职业康复计划

1. 您是否参与下列任何机构或服务?

- 非下列所提供的服务, 或者非由下列任何计划或机构提供的资助。
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 酒精/毒品戒除治疗 | <input type="checkbox"/> 心理健康服务提供者 (公立或私人) |
| <input type="checkbox"/> 美国印第安人职业康复(VR)服务计划 | <input type="checkbox"/> 一站式就业培训中心(WorkSource) |
| <input type="checkbox"/> 独立生活服务中心 | <input type="checkbox"/> 公共住房管理局 |
| <input type="checkbox"/> 儿童保护服务处 | <input type="checkbox"/> 社保局(SSA) |
| <input type="checkbox"/> 社区职业康复计划 | <input type="checkbox"/> 州教管署/青少年司法系统 |
| <input type="checkbox"/> 消费者组织或权益维护社团 | <input type="checkbox"/> 州就业保障机构 (就业保障) |
| <input type="checkbox"/> 教育机构 (小学/中学) | <input type="checkbox"/> 退伍军人事务管理局 |
| <input type="checkbox"/> 教育机构 (大专院校/大学) | <input type="checkbox"/> 福利机构 (州府或地方政府) (DSHS) |
| <input type="checkbox"/> 雇主 | <input type="checkbox"/> 工人补偿(L&I) |
| <input type="checkbox"/> 就业网络 | <input type="checkbox"/> 其它 VR 州府机构 |
| <input type="checkbox"/> 联邦助学金 (例如 Pell 补助金等) | <input type="checkbox"/> 其它州府机构 |
| <input type="checkbox"/> 智障与发展残障服务机构 | <input type="checkbox"/> 其它服务 |
| <input type="checkbox"/> 医疗保健服务提供者 (公立或私人) | |

2. 由谁向您转介 DVR? 若非经转介, 请选择自我转介。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 自我转介 | |
| <input type="checkbox"/> FLSA 14(c)证书持有者 | <input type="checkbox"/> 青少年康复中心 |
| <input type="checkbox"/> 成人教育和/或读写计划 | <input type="checkbox"/> 医疗保健服务提供者 (公立或私人) |
| <input type="checkbox"/> 美国印第安人职业康复(VR)服务计划 | <input type="checkbox"/> 心理健康服务提供者 (公立或私人) |
| <input type="checkbox"/> 独立生活服务中心 | <input type="checkbox"/> 公共住房管理局(HUD) |
| <input type="checkbox"/> 儿童保护服务处 | <input type="checkbox"/> 社保局 |
| <input type="checkbox"/> 社区职业康复计划 | <input type="checkbox"/> 州教管署 |
| <input type="checkbox"/> 消费者组织或权益维护社团 | <input type="checkbox"/> 贫困家庭临时救济金(TANF) |
| <input type="checkbox"/> 初等或中等教育机构 | <input type="checkbox"/> Wagner-Peyser 就业服务计划 |
| <input type="checkbox"/> 高等教育机构 | <input type="checkbox"/> 州或地方福利机构(DSHS) |
| <input type="checkbox"/> 雇主 | <input type="checkbox"/> 工人补偿(L&I) |
| <input type="checkbox"/> 延续支持就业服务提供者 | <input type="checkbox"/> 其它一站式合作伙伴 (例如 Unemployment、SCSEP) |
| <input type="checkbox"/> 宗教信仰组织 | <input type="checkbox"/> 其它来源 |
| <input type="checkbox"/> 家人和朋友 | <input type="checkbox"/> 其它州机构 |
| <input type="checkbox"/> 智障与发展残障服务提供者 | <input type="checkbox"/> 其它 VR 州机构 (例如 DSB、L&I) |
| <input type="checkbox"/> 劳工部的成人、失业工人和青年就业与培训服务计划 | |
| <input type="checkbox"/> 其它由 WIOA 资助的计划, 包括 Job Corps、YouthBuild、美国印第安人和原住民, 及移民和季节性农工计划 | |
| <input type="checkbox"/> 退伍军人福利管理局 (包括 VA 职业康复计划) | |
| <input type="checkbox"/> 退伍军人健康管理局 (包括 VA 医院系统、VA 生活过渡、VA 就业过渡, 及补偿性工作治疗计划) | |

3. 您过去是否曾参加过 DVR 计划?

是 否

若是如此, 请问何时

何地

职业康复辅导员的姓名

您的姓名 (若与当时的姓名不同, 则请填写)

4.您想从 DVR 获得哪些服务?

5.您目前对哪些工作感兴趣?

6.如果您目前未参加工作，请问您为就业或求职做过哪些准备?

7.您此刻对就业是否有任何展望? 是 否

8.您有哪些长期职业目标?