

직업 정보

Vocational Information

FOR DVR STAFF ONLY (DVR 직원 전용)
VRC ASSIGNED
APPLICATION DATE

가능한 한 모든 사항을 상세하게 기입해 주십시오. 직업재활부(DVR)는 본 양식에 있는 내용에 기반하여 귀하의 서비스 수혜자격과 직업계획을 결정합니다. 이 양식에 기입하는 정보는 기밀로 취급되며 귀하의 재할에 필요한 용도로만 사용됩니다. 이 양식을 작성하는데 도움이 필요하시면 귀하의 상담사에게 도움을 요청하십시오.

I. 개인 신상 정보

1. 사회보장번호	2. 신청인의 이름	중간이름 이니셜	성
3. 불리기 원하는 이름(이름)		4. 이전 성	5. 이전 이름
6. 성별 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	7. 생년월일	8. 거주 카운티	
9. 우편 주소	시	주	우편번호
10. 도로 주소(우편 주소와 다를 경우)	시	주	우편번호
11. 이메일 주소	12. 화상전화 IP		
13. 전화번호(지역번호 포함) <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> TTY/TDD	14. 전화번호(지역번호 포함) <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> TTY/TDD		
15. 혼인 여부 <input type="checkbox"/> 결혼한 적이 없음 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 동거 중 <input type="checkbox"/> 사별			
16. 피부양자 수: _____ 가족구성원 수: _____			
17. 가족구성원 이름	귀하와의 관계	연령	가족구성원 이름
			귀하와의 관계
			연령
18. 주거 실태 <input type="checkbox"/> 개인 주택 <input type="checkbox"/> 성인 교도소 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 거주 / 그룹 홈 <input type="checkbox"/> 임시 주거지 <input type="checkbox"/> 재활 시설 <input type="checkbox"/> 약물 남용 치료 센터 <input type="checkbox"/> 정신 건강 시설 <input type="checkbox"/> 노숙자 / 보호소			
19. 법적 문제 어떤 직업이나 분야에 일을 하는데 문제가 되는 전과가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 DWI/DUI 유죄판결을 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 중범죄로 유죄판결을 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'에 답한 경우 아래 정보를 제공하십시오. 가석방(집행유예)/보호감찰관의 이름: _____ 전화번호: _____ 석방일: _____ 시/관할지: _____			

II. 의료 / 심리 상태

1. 업무 처리 능력에 영향을 미치는 한 가지 이상의 건강상태가 있습니까? 예 아니오

2. 해당하는 건강상태에 체크하십시오.

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 신체적 | <input type="checkbox"/> 알코올/약물(마약) | <input type="checkbox"/> 정신적/감정적 |
| <input type="checkbox"/> 신경학적 | <input type="checkbox"/> 지각신경(청각/시각) | <input type="checkbox"/> 학습장애 |

3. 해당 건강상태를 간단하게 설명하십시오.

4. 약을 복용하고 있습니까? 예 아니오 '예'에 답한 경우 복용 중인 약을 기재하십시오.

5. 귀하의 건강상태가 취업, 직업유지 또는 주요 업무를 수행하는데 어떻게 방해가 됩니까?

6. 다음에 관해 문제가 있습니까?

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 시력 | <input type="checkbox"/> 청력 | <input type="checkbox"/> 언어 | <input type="checkbox"/> 배변활동 |
| <input type="checkbox"/> 머리 부상 또는 뇌졸중 | <input type="checkbox"/> 종양/암 | <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 일시적 의식상실/기절 |
| <input type="checkbox"/> 심장 | <input type="checkbox"/> 발작/경련 | <input type="checkbox"/> 혈액 장애 | <input type="checkbox"/> 불면증 |
| <input type="checkbox"/> 천식/숨가쁨(호흡곤란) | <input type="checkbox"/> 두통 | <input type="checkbox"/> 알레르기/발진 | <input type="checkbox"/> 만성통증 |
| <input type="checkbox"/> 위장병, 내장 | <input type="checkbox"/> 기동력 | | |

7. 의식불명이 된(기절을 한) 적이 있습니까? 예 아니오 '예'에 답한 경우 간단하게 설명하십시오.

8. 기타 건강문제를 설명하십시오.

9. 다음에 관해 문제가 있습니까?

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 기력/체력 | <input type="checkbox"/> 우울증 | <input type="checkbox"/> 기억력 | <input type="checkbox"/> 분노 또는 성마름 |
| <input type="checkbox"/> 지시사항 따르기 | <input type="checkbox"/> 읽기 또는 쓰기 | <input type="checkbox"/> 스트레스 | <input type="checkbox"/> 집중력 |
| <input type="checkbox"/> 대인관계 | <input type="checkbox"/> 협력 | <input type="checkbox"/> 천천히 일하고있다 | <input type="checkbox"/> 수학 |
| <input type="checkbox"/> 결근 | <input type="checkbox"/> 말하기 | <input type="checkbox"/> 불안 또는 공황장애 | |

10. 다음 문제로 치료를 받은 적이 있습니까?

a. 감정적 또는 정신건강문제로 치료를 받은 적이 있습니까? 예 아니오. '예'일 경우 그 이유를 설명하십시오.

b. 마약 및/또는 알코올 중독 치료를 받은 적이 있습니까? 예 아니오. '예'일 경우 그 이유를 설명하십시오.

11. 귀하의 건강상태를 치료한 의사나 전문의를 기재하십시오.

치료일자	이름	주소

12. 귀하의 건강상태로 인해 병원에 입원한 적이 있습니까? 예 아니오

치료일자	병원	주소
이유		
이유		

III. 교육 및 이력

1. 고등학교 재학 또는 전환 프로그램을 받고 있습니까? 예 아니오 '예'로 답한 경우 다음 질문에 답하십시오.

제 504 조 편의 계획을 갖고 있습니까? 예 아니오

IEP 서비스를 받고 있습니까? 예 아니오

2. 고등학교를 졸업했습니까? 예 아니오 졸업장 또는 GED 를 이수했습니까? 예 아니오

학교 이름	졸업연도	시 및 주	"예" 답했을 경우 다닌 최종 학년을 기입하십시오.

3. 대학에 진학했습니까? 예 아니오

단과대학/종합대학	다닌 연도 수	졸업연도	전공분야(들)	학위(들)

다닌 학교 또는 교육(훈련) 이수	특별 기술, 증명서 또는 면허증 등을 기재:
--------------------	--------------------------

4. 군복무

군복무를 한 적이 있습니까? 예 아니오 제대(퇴역) 유형: _____

'예'에 답한 경우 기재하십시오. _____ 복무 기간: _____

직위, 기술 및 특별 교육/훈련 등을 기술하십시오.

5. 현재 취업 상태는 아래 중 어디에 속합니까?

<input type="checkbox"/> 풀타임 또는 파트타임	<input type="checkbox"/> 취업 지원 서비스를 포함한 취업
<input type="checkbox"/> 연장 취업(Extended Employment)(보호 작업장)	<input type="checkbox"/> 무직, 대학 재학 중
<input type="checkbox"/> 자영업	<input type="checkbox"/> 무직, 고등학교 또는 GED 프로그램 재학 중
<input type="checkbox"/> 주정부 기관-관리 기업 프로그램(BEP)	<input type="checkbox"/> 무직, 실습, 인턴 또는 자원봉사 중
<input type="checkbox"/> 무보수 가족 근로자(가족 사업 또는 농장)	<input type="checkbox"/> 무직, 기타

이력: 이전에 다닌 직장(3 곳)을 기재하십시오.

직위	시작일	종료일
고용주	시 및 주	
급료: \$ _____ / 단위: <input type="checkbox"/> 시 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 연		주당 근무 시간
기술/직무	사직 이유	
직위	시작일	종료일
고용주	시 및 주	
급료: \$ _____ / 단위: <input type="checkbox"/> 시 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 연		주당 근무 시간
기술/직무	사직 이유	
직위	시작일	종료일
고용주	시 및 주	
급료: \$ _____ / 단위: <input type="checkbox"/> 시 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 연		주당 근무 시간
기술/직무	사직 이유	

직장에서 어느 업무를 수행했든 관계없이 보조기구나 합당한 편의품(시설)이 필요했습니까/제공되었습니까/시도되었습니까?
 '예'라고 답한 경우 자세히 설명하십시오.

IV. 문의처 정보

1. 귀하에게 연락이 안되면 어디로 연락해야 합니까?

이름	주소	전화번호	귀하와의 관계

2. 부모 또는 법적 보호자

미성년자(만 18 세 미만)거나 법원에서 지명한 법적보호자를 두고 있습니까? 예 아니오
 '예'에 답한 경우 부모나 법적보호자의 연락처를 제공하십시오.

이름	전화번호	이메일 주소
우편 주소	시	주
		우편번호

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (DVR 직원 작성란)

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

Yes No

V. 인종 및 민족 배경

이 정보 제공은 DVR 서비스를 받는 데 필수 요건이 아닙니다. 인종/민족 배경 정보는 연방 정부에서 요구하는 것으로서, 데이터 자료 용도로만 보관합니다. 이 정보를 제공하기로 결정하신 경우 DVR 은 귀하의 인종/민족을 기입해 줄 것을 요청합니다.

연방 자금을 후원받는 모든 기관은 고객의 자체 보고 또는 직원 관찰 중 한 가지 방법을 통해 인종/민족 데이터를 보고해야 합니다. 이는 연방 관리예산처(Office of Management and Budget: OMB) 통계 정책 지침(Statistical Policy Directive) 번호 15 번 연방 통계 및 행정 보고 인종 및 민족 기준(Race and Ethnicity Standards for Federal Statistics and Administrative Reporting)에 기반합니다.

민족배경

히스패닉/라틴계가 아님

히스패닉/라틴계 '예'에 해당하는 경우 아래 해당 네모 칸에 체크해 주십시오.

멕시코계 미국인 푸에르토리코인

쿠바인 기타(구체적으로): _____

인종

귀하의 인종/민족에 대해 아래 해당 네모칸에 체크하십시오.

아메리카 인디언/알래스카 원주민 캄보디아인 하와이 타이족

부족명: _____ 중국어 일본인 베트남인

흑인/아프리카계 미국인 필리핀인 라오스인 백인/유럽계 미국인

괌 주민 사모아인 기타(구체적으로): _____

VI. 의사소통 및 교통수단 필요

유창하게 말하고 읽고 쓸 수 있는 언어를 기재하십시오.

믿을 수 있는 교통수단이 있습니까? 예 아니오

운전 면허증 번호

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (DVR 직원 작성란)

Communication ability:

Transportation use ability:

VII. 생활비 및 의료보험

1. 현재 직장에 다니지 않는 경우 어떻게 생활합니까?

2. 다음 기관으로부터 보조금을 받고 있습니까?

- 없음
- 사회보장장애보험(SSDI) \$ _____
- 노인, 맹인 또는 장애인을 위한 생계보조비(SSI) \$ _____
- 한시적 빈곤가족 지원(Temporary Assistance to Needy Families: TANF) \$ _____
- 일반 지원(주정부 또는 지역 정부) \$ _____
- 재향군인의 장애혜택 \$ _____
- 근로자 보상금 \$ _____
- 고용 안전(실직보험) \$ _____
- 모든 기타 정부 보조금 \$ _____

3. 모든 수입원 및/또는 급부로 받는 총 월소득은 얼마입니까? \$ _____

4. 직장에 다니는 경우 자활을 하거나 가족을 부양하는데 한 달에 얼마의 소득이 필요합니까? \$ _____

5. 의료보험이 있습니까? 예 아니오

- Medicaid Medicare 부담적정보험법(Affordable Care Act) 계약
- 기타 출처로부터 받는 공공 보험금(근로자 보상금, 아동의 건강보험 프로그램 등)
- 자신의 고용주(직장)를 통한 개인보험
- 기타 출처를 통한 개인보험
- 현 고용주(직장)의 개인보험에 가입할 자격이 아직 없으나 일정 기간이 지나면 가입할 수 있음.

VIII. 직업 재활 참여

1. 다음 중 관련되어 있는 기관이나 프로그램이 있습니까?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 아래에 기재된 프로그램이나 기관으로부터 서비스나 자금을 제공받지 않았음. | |
| <input type="checkbox"/> 알코올/마약 남용 치료 | <input type="checkbox"/> 정신건강의사(공공 또는 개인) |
| <input type="checkbox"/> 아메리카 인디언 VR 서비스 프로그램 | <input type="checkbox"/> 원스톱 직업 훈련(WorkSource) |
| <input type="checkbox"/> 자립생활센터(Centers for Independent Living) | <input type="checkbox"/> 공공주택당국(Public Housing Authority) |
| <input type="checkbox"/> 아동보호서비스(Child Protective Services) | <input type="checkbox"/> 사회보장국(SSA) |
| <input type="checkbox"/> 커뮤니티 재활 프로그램 | <input type="checkbox"/> 주 교도국/청소년 재판부 |
| <input type="checkbox"/> 소비자 단체 또는 옹호 단체 | <input type="checkbox"/> 주 고용안정기관(고용안정) |
| <input type="checkbox"/> 교육기관(초등/고등학교) | <input type="checkbox"/> 재향군인 행정국 |
| <input type="checkbox"/> 교육기관(고등교육/대학) | <input type="checkbox"/> 사회복지기관(주 또는 지역 정부)(DSHS) |
| <input type="checkbox"/> 고용주 | <input type="checkbox"/> 근로자 보상금(L&I) |
| <input type="checkbox"/> 직업 네트워크 | <input type="checkbox"/> 기타 VR 주 기관 |
| <input type="checkbox"/> 미 연방학비보조금(예: 펠그랜트(Pell Grants) 등) | <input type="checkbox"/> 기타 주정부 기관 |
| <input type="checkbox"/> 지적 및 발달 장애 기관 | <input type="checkbox"/> 기타 서비스 |
| <input type="checkbox"/> 의료건강기관(의사)(정부 또는 개인) | |

2. DVR 에 귀하를 의뢰한 사람: 의뢰를 받지 않았다면 "자체 의뢰"를 선택하십시오.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 자체 의뢰 | |
| <input type="checkbox"/> FLSA 14(c) 인증서 보유자 | <input type="checkbox"/> 청소년 재활 |
| <input type="checkbox"/> 성인 교육 및/또는 문맹 프로그램 | <input type="checkbox"/> 의료건강기관(의사)(정부 또는 개인) |
| <input type="checkbox"/> 아메리카 인디언 VR 서비스 프로그램 | <input type="checkbox"/> 정신건강의사(공공 또는 개인) |
| <input type="checkbox"/> 자립생활센터(Centers for Independent Living) | <input type="checkbox"/> 공공주택당국(Public Housing Authority) |
| <input type="checkbox"/> 아동보호서비스(Child Protective Services) | <input type="checkbox"/> 사회보장국 |
| <input type="checkbox"/> 커뮤니티 재활 프로그램 | <input type="checkbox"/> 주 교도국 |
| <input type="checkbox"/> 소비자 단체 또는 옹호 단체 | <input type="checkbox"/> 한시적 빈곤가족 지원 (TANF) |
| <input type="checkbox"/> 초등 또는 중등 교육 기관 | <input type="checkbox"/> Wagner-Peyser 취업 서비스 프로그램 |
| <input type="checkbox"/> 고등 교육 기관 | <input type="checkbox"/> 주 또는 지역 복지 기관(DSHS) |
| <input type="checkbox"/> 고용주 | <input type="checkbox"/> 근로자 보상금(L&I) |
| <input type="checkbox"/> 연장 취업(Extended Employment) 제공자 | <input type="checkbox"/> 기타 원스톱 파트너(예: 실업, SCSEP) |
| <input type="checkbox"/> 종교단체 | <input type="checkbox"/> 기타 기관 |
| <input type="checkbox"/> 가족 및 친구 | <input type="checkbox"/> 기타 주정부 기관 |
| <input type="checkbox"/> 지적 및 발달 장애 기관 | <input type="checkbox"/> 기타 VR 주정부 기관(예: DSB, L&I) |
| <input type="checkbox"/> 성인, 실직자 및 청년을 위한 노동 취업 및 훈련 서비스 프로그램 부서 | |
| <input type="checkbox"/> 기타 WIOA 후원 프로그램(Job Corps, YouthBuild, 아메리카 인디언 및 원주민, 이민자 및 계절 농업 종사자 프로그램 포함) | |
| <input type="checkbox"/> 재향군인 혜택 행정국(VA 직업 재활 프로그램 포함) | |
| <input type="checkbox"/> 재향군인 보건국(VA 병원 시스템, VA 전환 생활, VA 전환 취업, 보상 직업 치료 프로그램 포함) | |

<p>3. 이전에 DVR 서비스를 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	<p>'예'에 답한 경우 언제 받았습니까?</p>	<p>어디에서 받았습니까?</p>
<p>직업 재활 상담사의 이름</p>		<p>이름(다를 경우)</p>
<p>4. DVR 에 바라는 사항은 무엇입니까?</p>		
<p>5. 지금 현재 어떤 직업에 관심이 있습니까?</p>		
<p>6. 현재 일을 하고 있지 않을 경우 취업준비로 또는 취업을 하기 위해 어떤 일을 수행했습니까?</p>		
<p>7. 현재 취업 전망이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>		
<p>8. 장기적인 장래 직업 목표는 무엇입니까?</p>		