

DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)
طلب الحصول على خدمات إعادة التأهيل المهني
Application for Vocational Rehabilitation Services



معلومات عن مقدم الطلب	
1. الاسم الأول لمقدم الطلب 2. الجنس ذكر ☐ أنثى ☒ X غير ثنائي الهوية الجنسية ☐ غير ذلك: ☐ أفضل عدم التحديد ☐	3. تاريخ الميلاد 4. رقم الضمان الاجتماعي 5. رقم الهاتف (أدرج الرمز الهاتفي للمنطقة) 6. عنوان البريد الإلكتروني 7. بروتوكول الإنترنت للهاتف المرني 8. المقاطعة 9. عنوان الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي
معلومات الاتصال	
10. وسيلة التواصل المفضلة البريد الإلكتروني ☐ الهاتف ☐ البريد ☐ غير ذلك: ☐	11. تسهيلات الوصول إلى اللغة؟ نعم ☐ لا ☐ اللغة المفضلة الأساسية:
معلومات عن الطالب والإعاقة	
12. مسجل في برنامج تعليمي معترف به، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: مدرسة ثانوية، أو مدرسة مهنية أو فنية، أو كلية مجتمعية أو فنية: نعم ☐ لا ☐ طالب من ذوي الإعاقة: 0. الفرد ليس طالباً من ذوي الإعاقة ☐ 1. طالب من ذوي الإعاقة ويتلقى ترتيبات تيسيرية وفقاً للفقرة 504 ☐ 2. طالب من ذوي الإعاقة ويتلقى الخدمات الانتقالية في إطار برنامج التعليم الفردي ☐ 3. طالب من ذوي الإعاقة ولا يتلقى الترتيبات التيسيرية وفقاً للفقرة 504، ولا يتلقى الخدمات الانتقالية في إطار برنامج التعليم الفردي. ☐ فرد من ذوي الإعاقة: 1. يذكر الفرد أن لديه إعاقة، على النحو المحدد في قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة ☐ 0. يذكر الفرد أنه لا يعاني من إعاقة ينطبق عليها التعريف ☐ 9. لم يحدد الفرد هويته الذاتية ☐	
معلومات العرق والإثنية	
13. العرق والإثنية تقديم هذه المعلومات ليس ضرورياً لتلقي خدمات شعبة إعادة التأهيل المهني (DVR). وتشترط الحكومة الفيدرالية أن تحتفظ وكالات إعادة التأهيل المهني بمعلومات العرق/ الإثنية لأغراض البيانات فقط. وإذا اخترت عدم الإفصاح عن هذه المعلومات، فيجب أن تحدد شعبة إعادة التأهيل المهني عرقك / إثنيته. ويجب على جميع الوكالات التي تتلقى أموالاً فيدرالية الإبلاغ عن بيانات العرق / الإثنية إما عن طريق التقرير الذاتي للفرد أو ملاحظات الموظفين. يمثل توجيه السياسة الإحصائية رقم 15 الصادر عن المكتب الفيدرالي للإدارة والميزانية (OMB)، "معايير العرق والإثنية للإحصاءات الفيدرالية وإعداد التقارير الإدارية"، أساس الخيارات أدناه. الإثنية: إذا كنت من أصل إسباني / لاتيني، فيرجى وضع علامة أمام المربع (المربعات) المناسب أدناه: أمريكي مكسيكي ☐ بورتوريكي ☐ كوبي ☐ شيكانو ☐ غير ذلك (يرجى التحديد): ليس من أصل إسباني / لاتيني ☐ من أصل إسباني / لاتيني ☐ لم أحدد هويتي ذاتياً ☐ العرق: يرجى وضع علامة أمام المربع (المربعات) المناسب أدناه حول عرقك / إثنيته. هندي أمريكي / من سكان أسكا الأصليين، إذا وضعت علامة، فيرجى ذكر القبيلة/التعلق بالجماعة: كمبودي ☐ صيني ☐ غواماني ☐ هندي (جنوب شرق آسيا) ☐ كوري ☐ لاوسي ☐ سامواني ☐ فيتنامي ☐ ياباني ☐ أبيض / أمريكي أوروبي ☐ آسيوي أو من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين (يرجى التحديد): غير ذلك (يرجى التحديد): لا أريد الإفصاح ☐ لم يُذكر ☐	

معلومات الإحالة

14. مَنْ أحالك إلى شعبة إعادة التأهيل المهني (DVR)؟ إذا لم تتم إحالتك، فيرجى تحديد "إحالة ذاتية".

☐ إحالة ذاتية

☐ حامل شهادة 14(c)

☐ تعليم الكبار أو برنامج محو الأمية

☐ برنامج خدمات إعادة التأهيل المهني للهنود الأمريكيين

☐ مركز العيش المستقل

☐ خدمات حماية الأطفال

☐ برنامج إعادة التأهيل المجتمعي

☐ شعبة الخدمات المجتمعية

☐ مكتب الخدمة المجتمعية

☐ منظمة حماية المستهلك أو مجموعة تأييد

☐ برنامج التوظيف والتدريب التابع لوزارة العمل

☐ مؤسسة تعليمية (المدرسة الثانوية)

☐ مؤسسة تعليمية (بعد التعليم الثانوي / الكلية)

☐ جهة العمل

☐ مقدم خدمات التوظيف الممتدة

☐ منظمة دينية

☐ الأسرة / الأصدقاء

☐ شباب دور الرعاية

☐ مقدم خدمات الإعاقة الذهنية / المرتبطة بالنمو

☐ إعادة تأهيل الأحداث

☐ مقدم خدمات الصحة الطبية

☐ مقدم خدمات الصحة النفسية

☐ شريك آخر لجميع الخدمات

☐ وكالة حكومية أخرى

☐ وكالة إعادة تأهيل مهني حكومية أخرى

☐ برنامج قانون الفرص والابتكار في القوى العاملة (WIOA) آخر (مثل برنامج

JobCorps، وبرنامج YouthBuild)

☐ الهيئة العامة للإسكان

☐ إدارة الضمان الاجتماعي

☐ المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) - قسم الخدمات المهنية (CSD)

☐ إدارة مخصصات المحاربين القدامى

☐ إدارة صحة المحاربين القدامى

☐ إدارة إصلاحات ولاية واشنطن

☐ برنامج خدمات فاغنر-بايسر للتوظيف

☐ وكالة رعاية (DSHS)

☐ تعويضات العمال

☐ مصدر آخر

معلومات الدعم المالي

15. هل تتلقى دعمًا ماليًا عامًا؟ إذا كان الأمر كذلك، فما المبلغ الشهري التقريبي الذي تتلقاه من كل مصدر؟

☐ لا يوجد

☐ التأمين ضد العجز في الضمان الاجتماعي (SSDI)

☐ المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)

☐ الضمان الوظيفي (إعانات البطالة)

☐ دخل الضمان التكميلي (SSI) للمسنين أو المكفوفين أو ذوي الإعاقة

☐ مخصصات الإعاقة للمحاربين القدامى

☐ تعويضات العمال

☐ المساعدة العامة (الحكومية أو المحلية)

المبلغ: بالدولار _____

المبلغ: بالدولار _____

المبلغ: بالدولار _____

المبلغ: بالدولار _____

المبلغ: بالدولار _____

المبلغ: بالدولار _____

المبلغ: بالدولار _____

المبلغ الإجمالي: _____ بالدولار

المعلومات الطبية

16. هل لديك أي تغطية تأمينية طبية في وقت تقديم هذا الطلب؟

☐ برنامج Medicaid

☐ برنامج Medicare

☐ تبادلات قانون الرعاية الميسورة

☐ تأمين خاص من خلال جهة العمل

☐ تأمين عام من مصادر أخرى (تعويضات العامل، وبرنامج التأمين الصحي للأطفال، وغير ذلك)

☐ تأمين خاص من خلال مصدر آخر

☐ غير مؤهل بعد للتأمين الخاص من جهة العمل الحالية

☐ ولكن سأصبح مؤهلاً بعد فترة زمنية معينة.

☐ ليست لدى الفرد تغطية تأمينية طبية.

معلومات وضع المحاربين القدامى

17. ما وضعك كمحارب قديم في وقت تقديم هذا الطلب؟

☐ لست من المحاربين القدامى

☐ أنا من المحاربين القدامى

☐ مشرف ☐ غير مشرف ☐ غير ذلك

الإفصاحات المطلوبة والموافقة

18. الإفصاحات المطلوبة والموافقة

أتقدم بموجب هذا الطلب إلى شعبة إعادة التأهيل المهني (DVR) للحصول على الخدمات التي ستمكنني من تحقيق نتيجة في إيجاد فرصة عمل. اتساقاً مع الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، بصيغته المعدلة وقوانين ولاية واشنطن ضد التمييز، أدرك أن إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية بولاية واشنطن تحظر التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو العقيدة، أو الدين، أو الأصل القومي، أو السن، أو الجنس، أو وجود أي إعاقة حسية أو عقلية أو بدنية، أو استخدام شخص من ذوي الإعاقة ككلب إرشاد أو حيوان خدمة مدرب، أو التوجه الجنسي، أو الميل الجنسي، أو المحارب القديم الذي تم تسريحه بشرف، أو المحارب القديم المعاق، أو المحارب القديم في فترة حرب فيتنام، أو المحارب القديم الذي انفصل مؤخراً، أو أي وضع عسكري أو وضع محارب قديم محمي آخر، أو وضع الأم التي ترضع طفلها.

لقد استلمتُ كتيب "حقوقك كعميل لدى شعبة التأهيل المهني (DVR)" و/أو رابط الكتيب على الإنترنت، وأفهم أنه في حال تعرضتُ لأي تمييز من جانب شعبة التأهيل المهني، يمكنني اتباع إجراءات الشكوى الموضحة في الكتيب.

أدرك أنه يحق لشعبة إعادة التأهيل المهني الحصول على معلومات شخصية من الوكالات الحكومية والفيدرالية للتحقق مما أحصل عليه من مخصصات، وعائدات، ودخل من الوظيفة أو العمل الحر. تشمل السلطة التي يتم بموجبها جمع المعلومات قانون واشنطن الإداري (WAC) رقم 388-891A-0103، والباب 34 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، المادة 361.38، والقانون المنقح لواشنطن (RCW) رقم 50.13.060 للضمان الوظيفي، والقانون المنقح لواشنطن (RCW) رقم 82.32.330 لإدارة الإيرادات.

لقد تلقيت معلومات عن برنامج مساعدة العميل وتم شرح خدماته لي. أدرك أيضاً أنه، وفقاً لقانون واشنطن الإداري (WAC) رقم 388-891A-0215، إذا كنت غير راضٍ في أي وقت عن أي قرار اتخذته شعبة إعادة التأهيل المهني، فيحق لي التواصل مع برنامج مساعدة العميل، وطلب الوساطة، وطلب جلسة استماع رسمية.

أدرك أنه يتعين على مستشار شعبة إعادة التأهيل المهني تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمات إعادة التأهيل المهني أم لا. وقد يلزم إجراء تقييم لتحديد الأهلية وأنا مستعد للمشاركة في هذا التقييم.

أدرك أنه على الرغم من أن شعبة إعادة التأهيل المهني ليست جهة مشمولة بتغطية قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA)، فإنها ستحافظ على سرية معلوماتي الشخصية كما هو موضح في قوانين واشنطن الإدارية رقم 388-891A-0130 و 388-891A-0135 و 388-891A-0150.

أفوض شعبة إعادة التأهيل المهني بالحصول على المعلومات المطلوبة والإفصاح عنها لنظام سجل العميل التابع لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية. تتضمن هذه المعلومات: الاسم، ورقم الضمان الاجتماعي، وتاريخ الميلاد، والجنس، والخلفية الإثنية، ووكالة / منشأة العلاج الحالية، وبرنامج المشاركة التابع لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية

يشير توقيعني إلى أنني قرأت المعلومات الواردة في هذا النموذج وفهمتها.

أنا مخول بالتوقيع لأنني: ☐ مقدم الطلب ☐ الوصي القانوني ☐ ولي أمر الطفل القاصر

19. توقيع مقدم الطلب / ولي الأمر / الوصي القانوني

التاريخ

الاسم بخط واضح إذا لم يكن مقدم الطلب

To be Completed by Division of Vocational Rehabilitation Staff (يستكمل هذا الجزء موظف شعبة إعادة التأهيل المهني)

DATE COMPLETED APPLICATION RECEIVED

NAME OF DVR STAFF ASSIGNED TO APPLICANT