

职业康复服务 申请

Application for Vocational Rehabilitation Services

1. 社保号	2. 申请人名字 中间名缩写 姓氏		
3. 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	4. 出生日期	5. 县	
6. 街道名称与门牌号码	城市	州	邮政编码
7. 电话号码 (请包括区域号码) <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> TTY	8. 电子邮件地址		
	9. 视讯电话IP定位址		
10. 本人目前领取： <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI - 患有残障			
<p>本人在此向职业康复处(DVR)申请将能够让我实现就业的服务。</p> <p>本人明白，依据1964年民权法案修订版第VI篇和华盛顿州法律中对于禁止歧视的规定，华盛顿州社会福利服务部禁止因种族、肤色、信仰、宗教、原国籍、年龄、性别、任何感官、心理或身体残障、残障人士使用受训的导盲犬或服务动物、性取向、荣誉退伍军人、残障退伍军人、越战退伍军人、最近离异的退伍军人、其他受保护的退伍军人或军人身份，或作为哺乳孩子的母亲身份而歧视任何人。</p> <p>本人已收到DSHS禁止歧视政策手册DSHS 22-171，并且明白，如果本人认为自己遭到了歧视，本人可遵照手册中描述的歧视投诉步骤进行投诉。</p> <p>本人明白，DVR可从州和联邦机构获得私人信息来确认本人来自就业或自雇的福利、收益及收入。收集信息所依据的许可法规包括WAC 388-891A-0103、联邦条例法典34 CFR 361.38、针对就业安全的RCW 50.13.060，及针对税务部的RCW 82.32.330。</p> <p>本人已收到有关客户协助计划的信息并向我解释了他们的服务。</p> <p>我还明白，依据WAC 388-891A-0215，如果本人在任何时候对DVR作出的裁决不满意，本人有权联络客户协助计划部门来申请调解和申请召开正式听证会。</p> <p>本人明白，DVR辅导员必须确定本人是否有资格获得职业康复服务。可能需要进行一次评估来确定资格，而本人可参加此项评估。</p> <p>本人明白，尽管DVR不是医疗保险机动性与责任制法案(HIPAA)所涵盖的实体，但DVR将依照WAC 388-891A-0130、388-891A-0135和388-891A-0150中的规定保密本人的私人信息。</p> <p>本人授权DVR可获得并向DSHS客户登记系统披露所需的信息。这些信息包括：姓名；社保号；出生日期；性别；种族背景；目前的治疗机构/设施场所；及参与的DSHS计划。</p> <p style="text-align: center;">本人的签名表示，本人已阅读并理解此表中的内容。</p>			
申请人/父母/监护人签名		申请日期	
仅由 DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR) 工作人员填写			
指派给申请人的DVR工作人员			