Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)

职业康复服务申请

Application for Vocational Rehabilitation Services

申请人信息

1. 申请人名字	中间名缩写	姓氏	2.性别
			☐ 男 ☐ 女 ☐ X ☐ 非二元性别 ☐ 其他： ☐ 选择不回答
3.出生日期	4.社保号		

联络信息

5.电话号码（含区域号码）	6.电子邮件地址
7.视讯电话 IP	8.县

9.街道地址	城市	州	邮政编码

10.首选联系方式	11.是否需要语言便利安排？
☐ 电子邮件地址 ☐ 电话 ☐ 邮寄 ☐ 其他：	☐ 是 ☐ 否 主要语言：

学生和残障信息

12. 注册参加了一个受认可的教育计划，其中包括但不限于：高中、职业或技术学校、社区或技术学院： ☐ 是 ☐ 否

残障学生：

☐ 0.当事人并非残障学生
☐ 1.残障学生，接受第 504 条规定的便利安排服务
☐ 2.残障学生，根据 IEP 接受过渡服务
☐ 3.残障学生，未接受第 504 条规定的便利安排服务，未根据 IEP 接受过渡服务。

残障人士：

☐ 1.当事人上报自己存在《美国残疾人法案》定义的残障
☐ 0.当事人上报自己不存在符合定义的残障
☐ 9.当事人未进行自我认定

种族和族裔信息

13.种族和族裔

提供此信息并非获得 DVR 服务的必要条件。联邦政府要求 VR 机构保留的种族/族裔信息仅用于数据统计目的。即使您选择不披露此信息，DVR 也必须具体说明您的种族/族裔。所有获得联邦资金的机构都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。

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”是下列选项的依据。

族裔：

☐ 非西班牙裔/拉丁裔
☐ 西班牙裔/拉丁裔
☐ 未进行自我认定

如果是西班牙裔/拉丁裔，请勾选下面的相应方框：

☐ 墨西哥裔美国人 ☐ 波多黎各裔
☐ 古巴裔 ☐ 奇卡诺裔
☐ 其他（请具体说明）：

种族：

请根据您的种族/族裔勾选下面的相应方框。

☐ 美国印第安人/阿拉斯加原住民；如果勾选，请列出所属部落：

☐ 黑人/非洲裔美国人 ☐ 柬埔寨裔 ☐ 华裔 ☐ 菲律宾裔 ☐ 关岛裔
☐ 夏威夷裔 ☐ 印度裔（东南亚） ☐ 韩裔 ☐ 老挝裔 ☐ 萨摩亚裔
☐ 泰裔 ☐ 越南裔 ☐ 白人/欧裔美国人
☐ 其他亚裔或太平洋群岛居民（请具体说明）：
☐ 其他（请具体说明）： ☐ 不愿披露 ☐ 未上报

转介信息

14.由谁向您转介 DVR？若非经转介，请选择“自我转介”。

- ☐ 14(c)证书持有者
- ☐ 成人教育或扫盲计划
- ☐ 美国印第安人 VR 服务计划
- ☐ 独立生活服务中心
- ☐ 儿童保护服务处
- ☐ 社区康复计划
- ☐ 社区服务处
- ☐ 社区服务办公室
- ☐ 消费者组织/倡议机构
- ☐ 自我转介
- ☐ 劳工部就业和培训计划
- ☐ 教育机构（高中）
- ☐ 教育机构（中学后/高校）
- ☐ 雇主
- ☐ 延伸就业服务提供者
- ☐ 宗教组织
- ☐ 家人/朋友
- ☐ 寄养青少年
- ☐ 智力/发育残障服务提供者

财务补助金信息

15. 您是否领取公共财务补助金？如果是，您每月通过每个来源大约领取多少金额？

- ☐ 社会保障残障保险(SSDI)
- ☐ 贫困家庭临时救济金(TANF)
- ☐ 就业保障金（失业保险福利金）
- ☐ 老年人、盲人或残障人士补充性保障收入(SSI)
- ☐ 退伍军人残障福利金
- ☐ 工伤赔偿
- ☐ 一般补助（州或地方）
- ☐ 无

经过核实的 SSDI 金额：$_____

经过核实的 SSI 金额：$_____

所有其他的公共补助金：$_____

总金额：$_____

医疗信息

16.您在填写本申请表时是否参保任何医疗保险？

- ☐ Medicaid
- ☐ Medicare
- ☐ 《平价医疗法案》市场
- ☐ 由当事人雇主提供的私人保险
- ☐ 通过其他来源参保的公共保险（工伤赔偿、儿童健康保险计划等）
- ☐ 通过其他来源参保的私人保险
- ☐ 尚不符合通过当前雇主参保私人保险的资格但在一段时间后有资格参保。
- ☐ 当事人未参保医疗保险。

退伍军人身份信息

17.您在填写本申请表时的退伍军人身份是什么？

- ☐ 当事人并非退伍军人
- ☐ 当事人是退伍军人

必要的信息披露和同意

18.必要的信息披露和同意

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。 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。

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。

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。

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。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。

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。

本人明白，尽管 DVR 不是《健康信息流通与责任法案》(HIPAA)所涵盖的实体，但 DVR 将依照 WAC 388-891A-0130、388-891A-0135 和 388-891A-0150 中的规定对本人的私人信息保密

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；族裔背景；目前的治疗机构/设施场所；及参与的 DSHS 计划

本人的签名表示，本人已阅读并理解此表中的内容。

本人获得签字授权，因为本人是：☐ 申请人 ☐ 法定监护人 ☐ 未成年人的家长

19.申请人/家长/法定监护人签名	**日期**	**工整填写姓名（如果不是申请人）**

由职业康复处工作人员填写

指派给申请人的 DVR 工作人员签名	**日期**	**工整填写姓名**