

직업 재활 서비스 가입

Application for Vocational Rehabilitation Services

1. 사회보장번호	2. 신청인의 이름 중간이름 이니셜 성		
3. 성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	4. 생년월일	5. 카운티	
6. 도로 주소		시	주 우편번호
7. 전화번호(지역번호 포함) <input type="checkbox"/> 팩스 <input type="checkbox"/> TTY		8. 이메일 주소	
		9. 화상전화 IP	
10. 본인은 현재 다음 사항을 받고 있습니다. <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI - 비활성화			
<p>본인은 이로써 취업 성과를 달성할 수 있도록 직업재활부(Division of Vocational Rehabilitation)(DVR)에 가입합니다.</p> <p>본인은 공민권법 1964 제 VI 편과 일관되게 차별에 대한 워싱턴 주 법률이 개정된 대로 워싱턴 주 보건사회부가 인종, 피부색, 신념, 종교, 국가, 연령, 성별, 감정적, 정신적, 신체적 장애 유무, 훈련된 안내견이나 도우미 동물의 도움을 받는 장애인, 성적 지향, 퇴역 군인, 상이군인, 베트남전 참전용사, 최근 퇴직한 재향군인, 기타 보호되는 군인 또는 군복무 유무, 모유수유 여성 여부를 기준으로 차별하지 않도록 금지한다는 점을 이해합니다.</p> <p>본인은 DSHS 차별 금지 정책(Nondiscrimination Policy) 브로셔, DSHS 22-171을 받았으며, 차별을 받았을 경우, 브로셔에 요약된 차별 항의 단계를 따르겠습니다.</p> <p>본인은 DVR이 주 및 연방 기관으로부터 개인 정보를 확보해 본인의 혜택, 수익 및 고용된 일자리나 자영업의 이득을 확인함을 이해합니다. 정보를 수집한 기관에는 WAC 388-891A-0103, 34 CFR 361.38(연방규정집) 및 고용안전국(RCW 50.13.060) 그리고 보건사회부(RCW 82.32.330)가 있습니다.</p> <p>본인은 고객 평가 프로그램에 대한 정보를 받았으며 서비스에 대한 설명을 들었습니다.</p> <p>또한 본인은 WAC 388-891A-0215에 따라 언제든지 DVR의 결정이 불만족스러울 경우 고객 지원 프로그램에 문의하고, 중재와 심의회를 요청할 권한이 있음을 이해합니다.</p> <p>본인은 DVR 상담사가 본인의 직업 재활 서비스 적격 여부를 판단해야 한다는 점을 이해합니다. 수혜자격을 판단하기 위해 평가를 받을 수 있으며 본인은 해당 평가에 참여할 수 있습니다.</p> <p>본인은 DVR이 의료 정보 양도 및 책임에 관한 법안(Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA)에서 다루는 법인이 아니라고 하더라도, DVR이 WACs 388-891A-0130, 388-891A-0135, 및 388-891A-0150에 설명된 대로 개인 정보를 기밀로 유지하게 된다는 점을 이해합니다.</p> <p>본인은 DVR에서 필수 정보를 확보하고 DSHS 고객 등록 시스템에 공개하는 것을 승인합니다. 이 정보에는 다음 사항이 포함되어 있습니다. 이름, 사회보장번호, 생년월일, 성별, 민족 배경, 현재 치료 기관/시설, DSHS 프로그램 참여</p> <p style="text-align: center;">본인의 서명은 본인이 이 양식에 있는 정보를 읽고 이해했음을 나타냅니다.</p>			
가입자 / 부모/보호자 서명		신청일	
직업재활부 Division of Vocational Rehabilitation (DVR) 직원만 작성 가능			
가입자로 배정된 DVR 직원			