

مشخصات متقاضی			
1. نام متقاضی: نام کوچک نام میانی نام خانوادگی	2. جنسیت ☐ زن ☒ مرد ☐ غیردوتایی ☐ سایر: ☐ مایل به افشای آن نیستم	3. تاریخ تولد 4. شماره SOCIAL SECURITY	
اطلاعات تماس			
5. شماره تلفن (شامل کد ناحیه) 6. نشانی ایمیل		7. IP تماس تصویری 8. کانتی	
9. نشانی خیابان شهر ایالت کد پستی			
10. شیوه ارتباط ترجیحی ☐ ایمیل ☐ تلفن ☐ پست ☐ سایر:		11. دسترسی به امکانات زبانی؟ ☐ بله ☐ خیر زبان ترجیحی اصلی:	
اطلاعات دانش آموز و ناتوانی			
12. ثبت نام در یک برنامه آموزشی شناخته شده، شامل، اما نه محدود به: دبیرستان، مدرسه فنی و حرفه ای، کالج جامعه یا دانشکده فنی: ☐ بله ☐ خیر <u>دانش آموز دچار ناتوانی:</u> ☐ 0. دانش آموز دچار ناتوانی نیست ☐ 1. دانش آموز دچار ناتوانی و در حال دریافت امکانات 504 ☐ 2. دانش آموز دچار ناتوانی و در حال دریافت خدمات انتقال تحت یک IEP ☐ 3. دانش آموز دچار ناتوانی، عدم دریافت امکانات 504، و عدم دریافت خدمات انتقال تحت یک IEP. <u>فرد دچار ناتوانی:</u> ☐ 1. فرد گزارش می دهد که دچار نوعی ناتوانی، طبق تعریف "قانون آمریکایی های دچار ناتوانی" (Americans with Disabilities Act)، است ☐ 0. فرد گزارش می دهد که دچار ناتوانی نیست که مطابق با تعریف باشد ☐ 9. فرد خود را شناسایی نکرد			
اطلاعات نژاد و قومیت			
13. نژاد و قومیت ارائه این اطلاعات برای دریافت خدمات DVR ضروری نیست. دولت فدرال سازمان های VR را ملزم کرده که اطلاعات نژاد/قومیت را فقط برای مقاصد داده ای، دریافت و نگهداری کنند. اگر انتخاب کنید که این اطلاعات را فاش نکنید، DVR باید نژاد/قومیت شما را مشخص کند. تمام سازمان هایی که کمک های مالی فدرال دریافت می کنند باید داده های نژاد/قومیت را یا از طریق گزارش خود مشتری یا از طریق مشاهدات کارکنان گزارش دهند. دستور العمل سیاست آماری شماره ۱۵ دفتر مدیریت و بودجه (OMB) با عنوان "استانداردهای نژاد و قومیت برای آمار فدرال و گزارش های اداری" مبنای گزینه های زیر است.			
<u>قومیت:</u> ☐ اسپانیایی/لاتین تبار نیست ☐ اسپانیایی/لاتین تبار ☐ خود را شناسایی نکرد ☐ آمریکایی مکزیکی ☐ کوبایی ☐ سایر (لطفاً مشخص کنید): ☐ پورتوریکویی ☐ چیکانو اگر اسپانیایی/لاتین تبار هستید، لطفاً کادر(های) مناسب زیر را علامت بزنید:			
<u>نژاد:</u> لطفاً کادر(های) مناسب زیر را در رابطه با نژاد/قومیت خود علامت بزنید. ☐ سرخ پوست آمریکایی/بومی آلاسکا؛ اگر انتخاب شده است، لطفاً قبیله/جامعه را فهرست کنید: ☐ سیاه پوست/آمریکایی آفریقایی تبار ☐ کامبوجی ☐ هندی (جنوب شرق آسیا) ☐ ویتنامی ☐ آسیایی با جزیره نشین اقیانوس آرام دیگر (لطفاً مشخص کنید): ☐ سایر (لطفاً مشخص کنید): ☐ فیلیپینی ☐ چینی ☐ کره ای ☐ ژاپنی ☐ گوامانیایی ☐ ساموایی ☐ سفیدپوست/آمریکایی اروپایی تبار ☐ گزارش نشده است ☐ مایل به افشای نیست			

14. چه کسی شما را به DVR ارجاع داد؟ اگر شما ارجاع داده نشدید، لطفاً "خودارجاعی" را انتخاب کنید.

- | | |
|--|---|
| ☐ خود ارجاعی | ☐ دارنده گواهینامه 14(c) |
| ☐ جوان تحت پوشش برنامه توانبخشی جوانان | ☐ برنامه آموزش بزرگسالان یا سوادآموزی |
| ☐ ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی | ☐ برنامه خدمات VR سرخپوستان آمریکایی |
| ☐ ارائه‌دهنده خدمات بهداشت روان | ☐ مرکز زندگی مستقل |
| ☐ شریک یک مرحله ای دیگر | ☐ خدمات حفاظتی کودک |
| ☐ سازمان ایالتی دیگر | ☐ برنامه توانبخشی جامعه |
| ☐ سازمان VR ایالتی دیگر | ☐ دایره خدمات جامعه |
| ☐ برنامه دیگر WIOA (مانند JobCorps، YouthBuild) | ☐ دفتر خدمات اجتماعی |
| ☐ سازمان مسکن عمومی | ☐ سازمان مصرف‌کنندگان یا گروه حامی |
| ☐ اداره سوشال سکيوریتی | ☐ برنامه آموزش و استخدام وزارت کار |
| ☐ کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند CSD - TANF) | ☐ مؤسسه آموزشی (دبیرستان) |
| ☐ اداره مزایای کهنسربازان | ☐ مؤسسه آموزشی (تحصیلات عالی/دانشگاه) |
| ☐ اداره بهداشت کهنسربازان | ☐ کارفرما |
| ☐ اداره اصلاحات ایالتی و اشنگتن | ☐ ارائه‌دهنده استخدام تمدید شده |
| ☐ برنامه خدمات استخدام واگنر-پایزر | ☐ سازمان مبتنی بر ایمان |
| ☐ سازمان رفاه (DSHS) | ☐ خانواده/دوست |
| ☐ غرامت کارگران | ☐ جوانان تحت سرپرستی رضاعی |
| ☐ سایر منابع | ☐ ارائه‌دهنده خدمات ناتوانی‌های ذهنی/ارشدی |

اطلاعات پشتیبانی مالی

15. آیا از پشتیبانی مالی عمومی برخوردار هستید؟ اگر بله، مبلغ تقریبی ماهانه‌ای که از هر منبع دریافت می‌کنید چقدر است؟

- | | |
|---|--|
| ☐ هیچ | ☐ بیمه ناتوانی سوشال سکيوریتی (SSDI) |
| ☐ مبلغ: \$ _____ | ☐ کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند TANF) |
| ☐ مبلغ: \$ _____ | ☐ امنیت شغلی (مزایای بیکاری) |
| ☐ مبلغ: \$ _____ | ☐ درآمد سوشال سکيوریتی تکمیلی (SSI) برای سالمندان، نابینایان، یا افراد دچار ناتوانی |
| ☐ مبلغ: \$ _____ | ☐ مزایای ناتوانی کهنسربازان |
| ☐ مبلغ: \$ _____ | ☐ غرامت کارگران |
| ☐ مبلغ: \$ _____ | ☐ کمک عمومی (ایالتی یا محلی) |
- مبلغ کل: \$ _____

اطلاعات پزشکی

16. آیا در زمان ارائه این درخواست، پوشش بیمه درمانی دارید؟

- | | |
|---|--|
| ☐ بیمه خصوصی از طریق منبع دیگر | ☐ Medicaid |
| ☐ هنوز واجد شرایط بیمه خصوصی از طریق کارفرمای فعلی نیستم | ☐ Medicare |
| ☐ اما پس از یک دوره زمانی مشخص واجد شرایط خواهد بود. | ☐ بیمه از طریق قانون مراقبت مقرون‌به‌صرفه (ACA) |
| ☐ فرد پوشش بیمه درمانی ندارد. | ☐ بیمه خصوصی از طریق کارفرمای خود |
| ☐ بیمه عمومی از منابع دیگر (غرامت کارگران، برنامه بیمه سلامت کودکان، و غیره) | ☐ |

اطلاعات وضعیت کهنسربازی

17. وضعیت کهنسربازی شما در زمان این درخواست چگونه است؟

- | | |
|--|--|
| ☐ کهنسرباز نیستم | ☐ کهنسرباز هستم |
| ☐ اگر کهنسرباز هستید، چه نوع تریخی دریافت کردید: ☐ شرافتمندانه ☐ غیر شرافتمندانه ☐ سایر ☐ | |

افشای اطلاعات و دادن رضایت لازم

18. افشای اطلاعات و دادن رضایت لازم

بدین وسیله از بخش توان بخشی حرفه‌ای (DVR) برای خدماتی درخواست می‌کنم که به من کمک خواهد کرد تا به یک نتیجه شغلی دست یابم. من متوجه هستم که طبق قانون حقوق مدنی 1964، با اصلاحات و قوانین ایالت واشنگتن علیه تبعیض، وزارت خدمات اجتماعی و بهداشتی ایالت واشنگتن تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، عقیده، مذهب، ملیت، سن، جنسیت، وجود هرگونه ناتوانی حسی، ذهنی یا جسمی، استفاده از سگ راهنما یا حیوان خدماتی آموزش دیده توسط فرد دارای ناتوانی، گرایش جنسی، کهنسرباز شرافتمندانه ترخیص شده، کهنسرباز دارای ناتوانی، کهنسرباز دوره ویتنام، کهنسرباز اخیراً ترخیص شده، دیگر کهنسربازان محافظت شده یا وضعیت نظامی، یا وضعیت به عنوان مادری که در حال شیردادن به فرزند خود است را ممنوع کرده است.

من بروشور «حقوق شما به عنوان مشتری DVR» (Your Rights as a DVR Customer) و/یا URL بروشور آنلاین را دریافت کرده‌ام، و درک می‌کنم که اگر در DVR با تبعیض مواجه شوم، می‌توانم از روند شکایت شرح داده شده در بروشور برای طرح شکایت خود، استفاده کنم.

من درک می‌کنم که DVR ممکن است اطلاعات شخصی من را از سازمان‌های دولتی و فدرال برای تأیید مزایا، عواید، و درآمد من از محل کار یا خوداشتغالی دریافت کند. قوانینی که با استناد به آنها اطلاعات جمع‌آوری می‌شود شامل WAC 388-891A-0103، 34 CFR 361.38 (قانون مقررات فدرال) و RCW 50.13.060 برای امنیت شغلی و RCW 82.32.330 برای اداره درآمد هستند.

من اطلاعاتی درباره برنامه کمک به مشتریان دریافت کرده‌ام و خدمات آنها برای من توضیح داده شده است. همچنین، درک می‌کنم که طبق WAC 388-891A-0215، اگر در هر زمانی از تصمیمات DVR ناراضی باشم، حق دارم با برنامه کمک به مشتریان تماس بگیرم، درخواست میانجیگری کنم، و تقاضای رسیدگی رسمی نمایم.

من درک می‌کنم که یک مشاور DVR باید تعیین کند که آیا من واجد شرایط دریافت خدمات توان بخشی حرفه‌ای هستم یا خیر. ممکن است یک ارزیابی برای تعیین واجد شرایط بودن نیاز باشد؛ و من برای شرکت در آن ارزیابی در دسترس هستم.

من درک می‌کنم که اگرچه DVR تحت پوشش قانون مسئولیت و قابلیت انتقال اطلاعات بهداشتی (HIPAA) نیست، DVR اطلاعات شخصی من را طبق آنچه در WAC‌های 388-891A-0130، 388-891A-0135 و 388-891A-0150 توضیح داده شده، محرمانه نگه می‌دارد.

من به DVR اجازه می‌دهم اطلاعات لازم را به سیستم ثبت مشتریان DSHS دریافت و افشا کند. این اطلاعات شامل موارد زیر است: نام؛ شماره سوشال سکيوریتی؛ تاریخ تولد؛ جنسیت؛ پیشینه قومی؛ آژانس/مرکز درمان فعلی؛ و مشارکت در برنامه‌های DSHS.

امضای من نشان می‌دهد که اطلاعات این فرم را خوانده و درک کرده‌ام.

من مجاز به امضا هستم زیرا من هستم: ☐ متقاضی ☐ سرپرست قانونی ☐ والد فرد صغیر

19. تاریخ امضای متقاضی/والد/قیم قانونی نام با حروف بزرگ و خوانا اگر شخص امضاکننده متقاضی نیست

To be Completed by Division of Vocational Rehabilitation Staff (باید توسط بخش ستاد توان بخشی حرفه‌ای تکمیل شود)

DATE COMPLETED APPLICATION RECEIVED

NAME OF DVR STAFF ASSIGNED TO APPLICANT