DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)

Заявление на получение услуг профессиональной реабилитации

Application for Vocational Rehabilitation Services

Данные заявителя

1. ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ **ИНИЦИАЛ СРЕДНЕГО ИМЕНИ** **ФАМИЛИЯ**

2. ПОЛ
☐ Мужской ☐ Женский ☐ X
☐ Небинарный человек
☐ Другой:
☐ Предпочитает не идентифицироваться

3. ДАТА РОЖДЕНИЯ

4. НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Контактная информация

5. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ)

6. АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ

7. IP-АДРЕС ВИДЕОТЕЛЕФОНА

8. ОКРУГ

9. УЛИЦА И НОМЕР ДОМА **ГОРОД** **ШТАТ** **ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС**

10. ПРЕДПОЧИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ СВЯЗИ
☐ Электронная почта ☐ Телефон ☐ Обычная почта
☐ Другой:

11. ТРЕБУЮТСЯ УСЛУГИ ЯЗЫКОВОГО ДОСТУПА?
☐ Да ☐ Нет
Основной предпочтительный язык:

Информация об обучении и наличии инвалидности

12. Участвует в образовательной программе, включая, помимо прочего: Среднюю школу, профессиональное или техническое училище, общественный или технический колледж: ☐ Да ☐ Нет

Учащийся с инвалидностью:

☐ 0. Лицо не является учащимся с инвалидностью.
☐ 1. Учащийся с инвалидностью и получающий (-ая) адаптационные услуги или оборудование согласно Плану 504.
☐ 2. Учащийся с инвалидностью и получающий (-ая) услуги в переходный период в рамках IEP.
☐ 3. Учащийся с инвалидностью, не получающий (-ая) адаптационные услуги или оборудование согласно Плану 504 и не получающий (-ая) услуги в переходный период в рамках IEP.

Лицо с инвалидностью:

☐ 1. Лицо сообщает, что у него / нее имеется инвалидность, согласно определениям в Законе об американцах с инвалидностью.
☐ 0. Лицо сообщает, что у него / нее не имеется инвалидности, отвечающей соответствующим определениям.
☐ 9. Лицо не идентифицировало себя.

Информация о расовой и этнической принадлежности

13. РАСОВАЯ И ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Для получения услуг DVR необязательно предоставлять эту информацию. Федеральное правительство требует, чтобы информация о расовой / этнической принадлежности использовалась агентствами по профессиональной реабилитации исключительно в целях обработки данных. Если вы решили не раскрывать эту информацию, департамент DVR обязан указать вашу расовую / этническую принадлежность. Все ведомства и организации, получающие федеральное финансирование, обязаны сообщать информацию в отношении расовой / этнической принадлежности клиента, предоставленную самим клиентом или полученную на основании собственных наблюдений и выводов сотрудников.

Директива номер 15 Статистической политики Бюро по вопросам управления и ведению бюджета (Office of Management and Budget, OMB) «Расовые и этнические стандарты в рамках федеральной статистической и административной отчетности» (Race and Ethnicity Standards for Federal Statistics and Administrative Reporting) является основанием для указания вариантов выбора ниже.

Этническое происхождение: Если испаноязычное / латиноамериканское отметьте соответствующий квадрат или квадраты ниже:

☐ Не испаноязычный (-ая) / не латиноамериканец (-ка) ☐ Мексиканский (-ая) американец (-ка) ☐ Пуэрториканец (-ка)
☐ Испаноязычный (-ая) / латиноамериканец (-ка) ☐ Кубинец (-ка) ☐ Чикано
☐ Не идентифицировал (-а) себя ☐ Иное (укажите):

Расовая принадлежность:

Пометьте внизу квадрат (-ы), соответствующий (-е) вашей расовой / этнической принадлежности.

☐ Американский (-ая) индеец (-ианка) / Коренной (-ая) житель (-ница) Аляски — если отмечено, то укажите название племени/ сообщества, с которым связано это лицо

☐ Темнокожий (-ая)/Афроамериканец (-ка) ☐ Камбоджиец (-йка) ☐ Китаец (китаянка) ☐ Филиппинец (-ка) ☐ Житель (-ница) Гуама
☐ Гаваец (-йка) ☐ Индиец (индианка) ☐ Кореец (кореанка) ☐ Лаосец (-ка) ☐ Самоанец (-ка)
☐ Таец (тайка) ☐ Вьетнамец (-ка) ☐ Японец (-ка) ☐ Белый (-ая) / Европейский (-ая) американец (-ка)

☐ Уроженец (-ка) других стран Азии и Тихоокеанского региона (укажите, какой именно):

☐ Иное (укажите): ☐ Не хочу раскрывать эту информацию ☐ Не сообщено

Информация о направлении на получение услуг

14. Кто дал вам направление в DVR? Если вас никто не направлял, выберите: «самостоятельное направление».

☐ Самостоятельное направление

☐ Владелец сертификата 14(c)

☐ Образовательная программа для взрослых или программа для обучения взрослых грамотности

☐ Программа услуг профессиональной реабилитации для американских индейцев

☐ Центр независимого проживания

☐ Служба защиты детей

☐ Программа реабилитации в сообществе

☐ Отдел обслуживания населения (Community Services Division)

☐ Другая программа, действующая в рамках Закона об инновациях и возможностях для трудовых кадров (WIOA) (например, JobCorps, YouthBuild)

☐ Филиал отдела обслуживания населения (Community Services Office)

☐ Организация по защите прав потребителей или правозащитная организация

☐ Программа услуг и подготовки к трудоустройству Департамента труда

☐ Образовательное учреждение (средняя школа)

☐ Образовательное учреждение (выше средней школы / колледж)

☐ Работодатель

☐ Поставщик расширенного трудоустройства

☐ Религиозная организация

☐ Член семьи / друг или подруга

☐ Ведомство по работе с молодежью, находящейся на патронатном воспитании

☐ Поставщик услуг для лиц с нарушениями интеллекта или развития

☐ Реабилитационный центр для молодежи

☐ Поставщики медицинских услуг

☐ Специалист по поддержанию психического здоровья

☐ Другой партнер, управляющий несколькими программами по принципу «единого окна» (one-stop partner)

☐ Другое агентство штата

☐ Другое агентство штата по вопросам профессиональной реабилитации

☐ Ведомство по предоставлению социального жилья

☐ Администрация социального обеспечения

☐ Временная помощь нуждающимся семьям (TANF) - CSD

☐ Администрация по вопросам льгот для ветеранов

☐ Администрация по вопросам медицинского обслуживания ветеранов

☐ Департамент исправительных учреждений штата Вашингтон

☐ Программа услуг по трудоустройству Wagner-Peyser

☐ Агентство по выплате социальных пособий (DSHS)

☐ Агентство по вопросам выплат компенсации работникам

☐ Другой источник

Информация о финансовой поддержке

15. Получаете ли вы государственную финансовую поддержку? Если да, то какую приблизительно сумму вы получаете ежемесячно из каждого источника?

☐ Никакой

☐ Социальное страхование на случай потери трудоспособности (SSDI) Сумма: $_____

☐ Временная помощь нуждающимся семьям (TANF) Сумма: $_____

☐ Страхование работника (страхование на случай безработицы) Сумма: $_____

☐ Дополнительный социальный доход (SSI) для пожилых, слепых или инвалидов Сумма: $_____

☐ Льготы ветеранам-инвалидам Сумма: $_____

☐ Компенсация работникам Сумма: $_____

☐ Общая помощь (на уровне штата или округа) Сумма: $_____

Общая сумма: $_____

Медицинская информация

16. Имеется ли у вас какое-либо медицинское страхование на момент подачи этого заявления?

☐ Medicaid.

☐ Medicare.

☐ Страхование через биржу согласно закону о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act Exchange).

☐ Частная страховка через работодателя.

☐ Частная страховка из других источников.

☐ Еще не имеет права на частное страхование через текущего работодателя, но будет иметь право через определенное количество времени.

☐ Данное лицо не имеет медицинского страхового покрытия.

☐ Государственное страхование из других источников (компенсации работникам, программа медицинского страхования детей, и т. д.).

Информация о статусе ветерана

17. Каков ваш статус ветерана на момент подачи этого заявления?

☐ Я не являюсь ветераном ☐ Я являюсь ветераном

Если вы ветеран, укажите тип увольнения с военной службы:

☐ Увольнение со службы с положительной характеристикой (honorable)

☐ Увольнение со службы с лишением прав и привилегий (dishonorable) ☐ Другой тип

Требуемые разрешения и согласие на раскрытие информации

18. ТРЕБУЕМЫЕ РАЗРЕШЕНИЯ И СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Настоящим я подаю заявление в Отдел профессиональной реабилитации (Division of Vocational Rehabilitation, DVR) для получения услуг, которые помогут мне в достижении трудоустройства. Я понимаю, что в соответствии с Разделом VI Закона о гражданских правах 1964 года с учетом поправок и законодательством штата Вашингтон о противодействии дискриминации, Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services) штата Вашингтон запрещает дискриминацию на основании расовой принадлежности, цвета кожи, убеждений, вероисповедания, национальности, возраста, половой принадлежности, наличия любых признаков сенсорных, умственных или психических нарушений или по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с инвалидностью, сексуальной ориентации, статуса ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой, статуса ветерана с инвалидностью, ветерана вьетнамской войны, ветерана, в недавнем прошлом уволившегося со службы, другого защищенного законом статуса ветерана, другого статуса военнослужащего, а также статуса матери с ребенком на грудном вскармливании.

Я получил(а) брошюру «Ваши права в качестве клиента DVR» и/или URL-адрес онлайн-версии брошюры и понимаю, что, если в отношении меня в DVR будет проводиться дискриминация, я могу воспользоваться процессом подачи жалобы, как это описано в брошюре.

Я понимаю, что Отдел DVR может обращаться за личными сведениями о клиенте в ведомства штата и федеральные ведомства для подтверждения получаемых мной пособий, заработной платы и дохода от трудовой деятельности или деятельности самозанятого лица. Основанием для сбора подобной информации являются статьи WAC 388-891A-0103, 34 CFR 361.38 (Свод федеральных постановлений — Code of Federal Regulations) и RCW 50.13.060 для департамента безопасности трудоустройства и RCW 82.32.330 для налогового департамента.

Я получил (-а) информацию о Программе помощи клиентам (Client Assistance Program), и услуги программы были мне разъяснены. Я также понимаю, что в соответствии с WAC 388-891A-0215, если в любой момент я найду решение, вынесенное Отделом DVR, неудовлетворительным, я имею право связаться с Программой поддержки клиентов (Client Assistance Program), запросить услуги посредничества, а также запросить об организации формального слушания.

Я понимаю, что консультант Отдела DVR должен определить, имею ли я право на услуги профессиональной реабилитации (Vocational Rehabilitation Services). С целью определения наличия у меня такого права могут понадобиться определенные оценочные мероприятия, и я готов (-а) принять участие в таких мероприятиях.

Я понимаю, что, несмотря на то, что Отдел DVR не является организацией, на которую распространяется действие Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA), Отдел DVR обеспечит конфиденциальность моей персональной информации в соответствии с условиями и положениями WAC 388-891A-0130, 388-891A-0135 и 388-891A-0150.

Я даю Отделу DVR право на получение и раскрытие соответствующей информации для системы регистрации клиентов DSHS. Такая информация включает в себя: фамилию и имя, номер в системе социального обеспечения, дату рождения, пол, этническое происхождение, текущую организацию / учреждение, обеспечивающие лечение, а также информацию об участии в программах DSHS.

Моя подпись означает, что я прочитал (-а) и понял (-а) информацию, изложенную в этой форме.

У меня есть право подписи, поскольку я являюсь: ☐ **Заявителем** ☐ **Законным опекуном** ☐ **Родителем несовершеннолетнего**

19. ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ / РОДИТЕЛЯ / ЗАКОННОГО ОПЕКУНА ДАТА	**ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, ЕСЛИ ЛИЦО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЗАЯВИТЕЛЯ**

To be Completed by Division of Vocational Rehabilitation Staff

(Заполняется только представителями отдела профессиональной реабилитации)

NAME OF DVR STAFF ASSIGNED TO APPICANT	**DATE COMPLETED APPLICATION RECEIVED**