

Заявление на Услуги профессиональной реабилитации

Application for Vocational Rehabilitation Services

1. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	2. ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ			ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА	ФАМИЛИЯ
3. ПОЛ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	4. ДАТА РОЖДЕНИЯ	5. ОКРУГ			
6. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (УЛИЦА И № ДОМА) ИНДЕКС		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ	
7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ) <input type="checkbox"/> Факс <input type="checkbox"/> Телетайп (TTY)		8. АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ			
		9. НОМЕР IP ВИДЕОТЕЛЕФОНА			
10. В настоящее время я получаю: <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI - с инвалидностью					
<p>Настоящим я подаю заявление в Отдел профессиональной реабилитации (Division of Vocational Rehabilitation, DVR) для получения услуг, которые помогут мне обеспечить трудовой доход.</p> <p>Я понимаю, что в соответствии с Разделом VI Закона о гражданских правах 1964 года, с учетом поправок на уровне законодательства штата Вашингтон, о противодействии дискриминации, Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services) штата запрещает дискриминацию по расовой принадлежности, цвету кожи, убеждениям, вероисповеданию, национальности, возрасту, половой принадлежности, наличию любых признаков сенсорной, умственной или психической неполноценности или по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с признаками инвалидности, по сексуальной ориентации, статусу ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой, статусу ветерана с инвалидностью, ветерана вьетнамской войны, ветерана, в недавнем прошлом пережившего разрыв с партнером, по другому статусу ветерана, который защищается законом, по другому статусу военнослужащего, а также по статусу матери с ребенком на грудном вскармливании.</p> <p>Я получил(а) брошюру о политике недопущения дискриминации в Департаменте DSHS - Nondiscrimination Policy brochure, DSHS 22-171, и понимаю, что если я полагаю, что в моем отношении были осуществлены действия дискриминационного характера, я могу подать жалобу по факту дискриминации в соответствии с инструкциями, приведенными в настоящей брошюре.</p> <p>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 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 for Employment Security (по вопросам занятости) и RCW 82.32.330 for Department of Revenue (по вопросам дохода).</p> <p>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 медиации, а также запросить об организации формального слушания.</p> <p>Я понимаю, что советник 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.</p> <p>Я понимаю, что, не смотря на то, что Отдел DVR не является организацией, на которую распространяется действие Закона по обеспечению доступности и подотчетности в медицинском страховании (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.</p> <p>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 по системе социального обеспечения, дату рождения, пол, этническое происхождение, текущую организацию / структуру, обеспечивающую лечение, а также информацию об участии в программах DSHS.</p> <p style="text-align: center;">Моя подпись означает, что я прочитал(-а) и понял(-а) информацию, изложенную в этой форме.</p>					
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ / РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА			ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ		
ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)					
ПЕРСОНАЛ ОТДЕЛА DVR, КУРИРУЮЩИЙ ЗАЯВИТЕЛЯ					