DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)

Solicitud de servicios de rehabilitación vocacional

Application for Vocational Rehabilitation Services

Información del solicitante

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	2. GÉNERO
			☐ Masculino ☐ Femenino ☐ X ☐ No binario ☐ Otro: ☐ Prefiero no especificarlo
3. FECHA DE NACIMIENTO	4. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		

Información de contacto

5. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)	6. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
7. IP DE VIDEÓFONO	8. CONDADO

9. CALLE Y NÚMERO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

10. FORMA DE COMUNICACIÓN PREFERIDA	11. ¿ADAPTACIONES PARA ACCESO LINGÜÍSTICO?
☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Correo postal ☐ Otro:	☐ Sí ☐ No Idioma principal preferido:

Información del estudiante y la discapacidad

12. Inscrito en un programa educativo reconocido tal como, entre otros: Educación secundaria, escuela vocacional o técnica, universidad comunitaria o técnica: ☐ Sí ☐ No

Estudiante con una discapacidad:

☐ 0. La persona no es un estudiante con discapacidad.
☐ 1. Estudiante con discapacidad que recibe una adaptación según la sección 504.
☐ 2. Estudiante con discapacidad que recibe una adaptación según un IEP.
☐ 3. Estudiante con discapacidad, sin adaptación según la sección 504 y no recibe servicios de transición según un IEP.

Persona con una discapacidad:

☐ 1. La persona informa que tiene cualquier discapacidad, según la definición de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
☐ 0. La persona informa que no tiene una discapacidad que cumpla con la definición.
☐ 9. La persona no identificó su situación de discapacidad

Información sobre la raza y el grupo étnico

13. RAZA Y GRUPO ÉTNICO

Esta información no es necesaria para recibir los servicios de la DVR. El gobierno federal ordena que las agencias de RV conserven la información referente a la raza y el grupo étnico sólo para fines informativos. Si decide no revelar esta información, la DVR debe especificar su raza y grupo étnico. Todas las agencias que reciben fondos federales deben informar los datos de raza y grupo étnico, ya sea que los proporcione el cliente o por observaciones del personal.
La directiva federal de políticas estadísticas número 15 de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés), "Normas sobre la raza y el grupo étnico para los informes estadísticos y administrativos federales" es el fundamento de las siguientes opciones.

Grupo étnico:

☐ No hispano, ni latino
☐ Hispano o latino
☐ No proporcionó información

Si es hispano o latino, marque las casillas que correspondan a continuación:

☐ Mexicano-estadounidense ☐ Puertorriqueño
☐ Cubano ☐ Chicano
☐ Otro (especifique):

Raza:

Marque las casillas correspondientes a su raza / grupo étnico.

☐ Indígena americano / Nativo de Alaska; si marca esta casilla, indique la tribu / filiación comunitaria:

☐ Negro o afroamericano	☐ Camboyano	☐ Chino	☐ Filipino	☐ Guameño
☐ Hawaiano	☐ Indio (sureste de Asia)	☐ Coreano	☐ Laosiano	☐ Samoano
☐ Tailandés	☐ Vietnamita	☐ Japonés	☐ Blanco o europeo-estadounidense	

☐ Otro asiático o isleño del Pacífico (especifique):
☐ Otro (especifique): ☐ No deseo contestar ☐ No se informó

Información de la remisión

14. ¿Quién lo remitió a la DVR? Si no fue remitido, marque la opción ""Remisión propia".

- ☐ Remisión propia
- ☐ Titular de un certificado 14(c)
- ☐ Programa de educación o alfabetización para adultos
- ☐ Programa de servicios de RV para indígenas americanos
- ☐ Centro para la Vida Independiente
- ☐ Servicios de Protección de Menores
- ☐ Programa de rehabilitación comunitaria
- ☐ División de Servicios Comunitarios
- ☐ Oficina de Servicios Comunitarios
- ☐ Organización de consumidores o grupo activista
- ☐ Programas de capacitación y empleo del Departamento de Trabajo
- ☐ Institución educativa (escuela secundaria)
- ☐ Institución educativa (educación superior o universidad)
- ☐ Empleador
- ☐ Proveedor de empleo extendido
- ☐ Organización religiosa
- ☐ Familiar o amigo
- ☐ Menor en cuidado de crianza
- ☐ Proveedor de servicios para discapacidades intelectuales o del desarrollo
- ☐ Rehabilitación de Menores
- ☐ Proveedor de servicios médicos
- ☐ Proveedor de servicios de salud mental
- ☐ Otro socio integrado
- ☐ Otra dependencia estatal
- ☐ Otra agencia estatal de rehabilitación vocacional
- ☐ Otro programa de la WIOA (p. ej., JobCorps, YouthBuild)
- ☐ Autoridad de vivienda pública
- ☐ Administración del Seguro Social
- ☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) - CSD
- ☐ Administración de Beneficios para Veteranos
- ☐ Administración de Salud para Veteranos
- ☐ Departamento de Correccionales del Estado de Washington
- ☐ Programa de servicios para el empleo Wagner-Peyser
- ☐ Agencia de beneficencia (DSHS)
- ☐ Seguro de incapacidad laboral
- ☐ Otra fuente

Información sobre apoyos financieros

15. ¿Recibe apoyos financieros públicos? Si contestó que sí, ¿qué cantidad recibe aproximadamente de cada fuente?

- ☐ Ninguno
- ☐ Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) Monto: $_____
- ☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) Monto: $_____
- ☐ Seguridad del empleo (beneficios por desempleo) Monto: $_____
- ☐ Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) para personas de la tercera edad, ciegas o discapacitadas Monto: $_____
- ☐ Beneficios por incapacidad para veteranos Monto: $_____
- ☐ Seguro de incapacidad laboral Monto: $_____
- ☐ Asistencia general (estatal o local) Monto: $_____

Monto total: $_____

Información médica

16. ¿Tiene alguna cobertura de seguro médico al momento de presentar esta solicitud?

- ☐ Medicaid
- ☐ Medicare
- ☐ Mercado de la Ley de Cuidado Asequible
- ☐ Seguro privado del propio empleador
- ☐ Seguro público de otras fuentes (incapacidad laboral, Programa de Seguro de Salud para Niños, etc.)
- ☐ Seguro privado de otra fuente
- ☐ Aún no soy elegible para un seguro privado de mi empleador actual pero seré elegible después de cierto período de tiempo.
- ☐ La persona no tiene cobertura de seguro médico

Información sobre la condición de veterano

17. ¿Cuál es su condición de veterano al momento de esta solicitud?

☐ No soy veterano ☐ Soy veterano

Si es veterano, ¿que tipo de baja recibió? ☐ Honrosa ☐ Deshonrosa ☐ Otra

Información obligatoria y consentimiento

18. INFORMACIÓN OBLIGATORIA Y CONSENTIMIENTO

Por este medio solicito a la División de Rehabilitación Vocacional (por sus siglas en inglés, "DVR") servicios que me permitan conseguir un empleo. Comprendo que, de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, con sus enmiendas, y con las leyes del Estado de Washington, en contra de la discriminación, el Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, credo, religión, país de origen, edad, sexo, la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física, el uso por parte de una persona con discapacidad de un perro guía o animal de servicio entrenado, orientación sexual, condición de veterano militar con retiro honorable, condición de veterano de la era de Vietnam, condición de veterano con baja reciente, otra condición protegida de veterano o militar, o situación de madre que amamanta a su bebé.

Recibí el folleto "Sus derechos como cliente de la DVR", o la dirección de internet del folleto en línea, y entiendo que si soy objeto de discriminación en la DVR puedo seguir el proceso de queja que se describe en el folleto.

Comprendo que la DVR puede obtener información personal de agencias estatales y federales para verificar mis beneficios, ganancias e ingresos por empleo o autoempleo. Las facultades para obtener esa información se derivan, entre otras reglamentaciones, de WAC 388-891A-0103, 34 CFR 361.38 (Código de Regulaciones Federales), y RCW 50.13.060 para Seguridad del Empleo, y RCW 82.32.330 para el Departamento de Ingresos.

He recibido información sobre el Programa de Asistencia al Cliente y me han explicado sus servicios. También comprendo que, de acuerdo con WAC 388-891A-0215, si en cualquier momento no estoy satisfecho con alguna decisión tomada por la DVR, tengo el derecho a comunicarme con el Programa de Asistencia al Cliente, solicitar una mediación y solicitar una audiencia formal.

Comprendo que un asesor de la DVR debe determinar si soy elegible o no para recibir servicios de rehabilitación vocacional. Podría ser necesario hacer una evaluación para determinar la elegibilidad, y estoy dispuesto a participar en dicha evaluación.

Comprendo que, aunque la DVR no es un ente cubierto por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Información de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), la DVR mantendrá confidencial mi información personal tal y como se describe en los WAC 388-891A-0130, 388-891A-0135, y 388-891A-0150.

Autorizo a la DVR para obtener y divulgar la información necesaria al sistema de registro de clientes del DSHS. Esa información incluye: Nombre; número de seguro social; fecha de nacimiento; género; antecedentes étnicos; agencia/institución que brinda tratamiento actualmente, y participación en programas del DSHS.

Mi firma indica que he leído y comprendido la información de este formulario.

Tengo facultades para firmar dado que soy el/la: ☐ **Solicitante** ☐ **Tutor legal** ☐ **Padre o madre de un menor de edad**

19. FIRMA DEL SOLICITANTE / PADRE / MADRE / TUTOR LEGAL FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, SI NO ES EL SOLICITANTE

To be Completed by Division of Vocational Rehabilitation Staff
(Para uso exclusivo del personal de la División de Rehabilitación Vocacional)

NAME OF DVR STAFF ASSIGNED TO APPLICANT	DATE COMPLETED APPLICATION RECEIVED