

Заявка на послуги з професійної реабілітації

Application for Vocational Rehabilitation Services

Інформація щодо заявника			
1. ІМ'Я ЗАЯВНИКА		ДРУГИЙ ІНІЦІАЛ	ПРИЗВИЩЕ
3. ДАТА НАРОДЖЕННЯ		4. НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	
		2. СТАТЬ ☐ Чоловік ☐ Жінка ☐ X ☐ Небінарна особа ☐ Інше: ☐ Якщо вирішено не відповідати	
Контактна інформація			
5. НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)		6. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ	
7. IP-ВІДЕОТЕЛЕФОН		8. ОКРУГ	
9. АДРЕСА ВУЛИЦІ		МІСТО	ШТАТ
		ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	
10. БАЖАНИЙ СПОСІБ ЗВ'ЯЗКУ ☐ Електронна пошта ☐ Телефон ☐ Пошта ☐ Інше:		11. ДОПОМОГА З МОВНОГО ДОСТУПУ? ☐ Так ☐ Ні Основна бажана мова:	
Інформація про студентів та інвалідність			
12. Зараховано до визнаної освітньої програми, включаючи, але не обмежуючись: Середня школа, професійно-технічне училище, громада або технічний коледж: ☐ Так ☐ Ні			
Студент з інвалідністю:			
☐ 0. Особа не є студентом з інвалідністю ☐ 1. Студент має інвалідність та отримує спеціальні засоби 504 ☐ 2. Студент має інвалідність та отримує послуги з підтримки в перехідному періоді згідно з IEP ☐ 3. Студент має інвалідність, не отримує спеціальні засоби 504 і не отримує послуги з підтримки в перехідному періоді згідно з IEP.			
Особа з інвалідністю:			
☐ 1. Особа повідомляє, що вона має будь-яку інвалідність, як визначено в Законі про американців з обмеженими можливостями ☐ 0. Особа повідомляє, що вона не має інвалідності, яка відповідає визначенню ☐ 9. Особа не самоідентифікувалася			
Інформація про расову та етнічну приналежність			
13. РАСА ТА ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ			
Для отримання послуг DVR надавати цю інформацію не обов'язково. Федеральний уряд вимагає, щоб агенції VR зберігали інформацію про расу/етнічну приналежність лише для інформативних цілей. Якщо ви вирішите не розголошувати цю інформацію, DVR має вказати вашу расову/етнічну приналежність. Усі агенції, які отримують федеральні кошти, повинні повідомляти дані про расову/етнічну приналежність або шляхом самостійного звіту клієнта, або за спостереженнями персоналу. Директива Федерального управління та бюджету (ОМВ) щодо статистичної політики № 15 «Стандарти расової та етнічної приналежності для федеральної статистики та адміністративної звітності» є основою для наведених нижче варіантів.			
Етнічна приналежність: Якщо Південноамериканець/Латиноамериканець, будь ласка, позначте відповідні поля нижче:			
☐ Не Південноамериканець/Латиноамериканець ☐ Американець мексиканського походження ☐ Пуерториканець ☐ Південноамериканець/Латиноамериканець ☐ Кубинець ☐ Чікано ☐ Особа не самоідентифікувалася ☐ Інше (вкажіть):			
Раса:			
Будь ласка, позначте відповідні поля нижче щодо вашої раси/етнічної приналежності.			
☐ Американський індіанець/Корінний житель Аляски; якщо позначено, будь ласка, вкажіть приналежність до Племені/Громади: ☐ Темношкірий/Афроамериканець ☐ Камбоджієць ☐ Китаєць ☐ Філіппінець ☐ Гуаманієць ☐ Гаваєць ☐ Індієць (Південно-Східна Азія) ☐ Кореець ☐ Лаосець ☐ Самоанець ☐ Таєць ☐ В'єтнамець ☐ Японець ☐ Білошкірий/Європейський американець ☐ Інший представник народів Азії та Тихоокеанських островів (вкажіть): ☐ Інше (вкажіть): ☐ Не хочу розголошувати ☐ Не вказано			

Інформація про направлення

14. Хто направив вас до DVR? Якщо вас не направляли, будь ласка, виберіть «Самонаправлення».

- | | |
|---|--|
| ☐ Самонаправлення | ☐ Реабілітаційний центр для молоді та підлітків |
| ☐ Власник сертифікату 14(с) | ☐ Постачальник медичних послуг |
| ☐ Програма освіти або грамотності для дорослих | ☐ Постачальник послуг з охорони психічного здоров'я |
| ☐ Програма послуг VR для американських індіанців | ☐ Інший універсальний партнер |
| ☐ Центр самостійного життя | ☐ Інше агентство штату |
| ☐ Служба захисту дітей | ☐ Інше агентство VR штату |
| ☐ Програма позалікарняної реабілітації | ☐ Інша програма WIOA (наприклад, JobCorps, YouthBuild) |
| ☐ Відділ громадських послуг | ☐ Управління з питань державного житла |
| ☐ Офіс громадських послуг | ☐ Адміністрація соціального забезпечення |
| ☐ Організація споживачів або Правозахисна група | ☐ Тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям (TANF) - CSD |
| ☐ Програма зайнятості та навчання Відділу праці | ☐ Управління пільг ветеранів |
| ☐ Навчальний заклад (середня школа) | ☐ Управління охорони здоров'я ветеранів |
| ☐ Навчальний заклад (після середньої школи / коледж) | ☐ Департамент з питань виправних установ штату Вашингтон |
| ☐ Роботодавець | ☐ Програма служби зайнятості Wagner-Peyser |
| ☐ Постачальник розширеної зайнятості | ☐ Агентство соціального забезпечення (DSHS) |
| ☐ Релігійна організація | ☐ Компенсація працівникам |
| ☐ Сім'я / Друг | ☐ Інше джерело |
| ☐ Молодь на патронатному вихованні | |
| ☐ Постачальник послуг для осіб з вадами інтелекту / розвитку | |

Інформація про фінансову підтримку

15. Чи отримуєте ви державну фінансову підтримку? Якщо так, то яку приблизну місячну суму ви отримуєте з кожного джерела?

- | | |
|--|----------------|
| ☐ Не отримую | Сума: \$ _____ |
| ☐ Соціальне страхування на випадок інвалідності (SSDI) | Сума: \$ _____ |
| ☐ Тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям (TANF) | Сума: \$ _____ |
| ☐ Гарантія працевлаштування (допомога по безробіттю) | Сума: \$ _____ |
| ☐ Додатковий соціальний дохід (SSI) для людей похилого віку, сліпих або інвалідів | Сума: \$ _____ |
| ☐ Пільги по інвалідності ветеранів | Сума: \$ _____ |
| ☐ Компенсація працівникам | Сума: \$ _____ |
| ☐ Загальна допомога (штату чи місцева) | Сума: \$ _____ |

Загальна сума: \$ _____

Медична інформація

16. Чи маєте ви медичне страхове покриття на момент подання цієї заявки?

- | | |
|--|---|
| ☐ Medicaid | ☐ Приватне страхування через інше джерело |
| ☐ Medicare | ☐ Ще не маю права на приватне страхування через поточного роботодавця але матиму право через певний період часу. |
| ☐ Біржа згідно до Закону про доступне лікування | ☐ Особа не має медичного страхового покриття. |
| ☐ Приватне страхування через власного роботодавця | |
| ☐ Державне страхування з інших джерел (компенсація працівникам, програма дитячого медичного страхування тощо) | |

Інформація про статус ветерана

17. Який ваш статус ветерана на момент подання цієї заявки?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Я не ветеран | ☐ Я ветеран |
|---------------------------------------|------------------------------------|

Якщо ветеран, який тип звільнення ви отримали: ☐ Почесне ☐ Звільнення з позбавленням прав та привілеїв ☐ Інше

Необхідне розкриття інформації та згода

18. НЕОБХІДНЕ РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ЗГОДА

Цим я звертаюся до Відділу професійної реабілітації (DVR) для отримання послуг, які дозволять мені досягти результату у вигляді працевлаштування. Я розумію, що згідно з розділом VI Закону про громадянські права 1964 року з поправками та законами штату Вашингтон про заборону дискримінації Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я штату Вашингтон забороняє дискримінацію за ознаками раси, кольору шкіри, віросповідання, релігії, національного походження, віку, статі, наявністю будь-яких сенсорних, розумових чи фізичних вад, через використання навченого собаки-поводиря або службової тварини особою з обмеженими можливостями, через сексуальну орієнтацію, статус ветерана з почесним звільненням, ветерана-інваліда, ветерана епохи В'єтнаму, нещодавно звільненого ветерана, або інший захищений статус ветерана або військовий статус, або статус матері, яка годує дитину.

Я отримав брошуру «Ваші права як клієнта DVR» та/або URL-адресу брошури онлайн, і я розумію, що якщо я зазнаю дискримінації в DVR, я можу дотримуватися процесу подання скарги, описаного в брошурі.

Я розумію, що DVR може отримувати особисту інформацію від державних і федеральних агенцій, щоб перевірити мої пільги, заробітки та доходи від роботи чи самозайнятості. Повноваження, згідно з якими збирається інформація, включають WAC 388-891A-0103, 34 CFR 361.38 (Кодекс федеральних нормативних актів) і RCW 50.13.060 щодо безпеки зайнятості та RCW 82.32.330 для Департаменту доходів.

Я отримав інформацію про Програму підтримки клієнтів і мені пояснили послуги цієї програми. Я також розумію, що відповідно до WAC 388-891A-0215, якщо я в будь-який час буду незадоволений будь-яким рішенням, прийнятим DVR, я маю право звернутися до Програми підтримки клієнтів, подати запит на посередництво та офіційне слухання.

Я розумію, що консультант DVR повинен визначити, чи маю я право на послуги з професійної реабілітації. Може знадобитися оцінка, щоб визначити відповідність вимогам, і я можу взяти участь у цій оцінці.

Я розумію, що хоча DVR не є організацією, на яку поширюється Закон про перенесення та підзвітність медичної інформації (HIPAA), DVR зберігатиме конфіденційність моєї особистої інформації, як описано в WAC 388-891A-0130, 388-891A-0135 та 388-891A-0150

Я дозволяю DVR отримувати та розкривати необхідну інформацію системі реєстру клієнтів DSHS. Ця інформація включає: Ім'я та прізвище; номер соціального страхування; дата народження; стать; етнічне походження; агентство/заклад поточного лікування; та участь у програмі DSHS

Мій підпис свідчить про те, що я прочитав і зрозумів інформацію в цій формі.

Я маю право підпису, тому що я: ☐ Заявник ☐ Законний опікун ☐ Один із батьків неповнолітньої особи

19. ПІДПИС ЗАЯВНИКА / ОДНОГО ІЗ БАТЬКІВ / ЗАКОННОГО ОПІКУНА

ДАТА

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ,
ЯКЩО НЕ ЗАЯВНИК

**To be Completed by Division of Vocational Rehabilitation Staff
(Заповнюється відділом персоналу з професійної реабілітації)**

NAME OF DVR STAFF ASSIGNED TO APPLICANT

DATE COMPLETED APPLICATION RECEIVED