



Declaración de Salud, Educación y Empleo
Statement of Health, Education, and Employment

A. Información del cliente			
Nombre del cliente		Número de teléfono del cliente	
Nombre preferido o apodo (opcional)		Pronombres (opcional)	
Número de identificación de cliente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	
<p>1. ¿Ha solicitado o recibido beneficios del Supplemental Security Income (Ingreso Suplementario de Seguridad, SSI) o del Social Security Disability Income (Ingreso por Discapacidad del Seguro Social, SSDI)? En caso afirmativo, indique la fecha: _____</p> <p>2. ¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los EE. UU., la Guardia o la Reserva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿le gustaría que enviáramos una remisión al Departamento de Asuntos de Veteranos del Estado de Washington? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Le interesan los servicios de Reciclaje Profesional o la Rehabilitación Vocacional en este momento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, un especialista en Servicios Sociales se comunicará con usted para brindarle más información.</p> <p>4. ¿Cuál es su idioma principal? _____ ¿Puede leer y escribir en ese idioma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Es zurdo o diestro? <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Diestro <input type="checkbox"/> Ambos</p> <p>6. ¿Tiene una orden para pagar una manutención de menores en el estado de Washington? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿le gustaría una remisión a Soluciones Alternativas con la Division of Child Support (División de Manutención de Menores, DCS)? La DCS puede ayudarle a comprender su orden de manutención de menores y a evaluar las opciones de pago. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			
B. Información de salud			
<p>1. ¿Tiene alguna afección de salud mental o física que actualmente le impida trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, enumere todas las afecciones de salud que le impiden trabajar:</p> <p>2. ¿Cuánto tiempo le ha impedido trabajar esta(s) afección(es) de salud?</p> <p>3. ¿Ha recibido tratamiento para estas afecciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:</p>			
Afección	Clínica / Hospital	Fechas (mes / año)	Tratamiento / Medicación recibida

C. Educación y capacitación

1. ¿Cuál es el grado más alto que completó en la escuela (K – 12)?
2. ¿Tiene un diploma de escuela secundaria o un certificado de equivalencia de escuela secundaria?
 Sí No
3. ¿Asistió a clases de educación especial para lectura, escritura o matemáticas en la escuela secundaria?
 Sí No

Clase de educación especial	Grado	Motivo de las clases de educación especial	Ubicación de la escuela o distrito escolar

¿Ha asistido a algún programa universitario o de formación profesional? Sí No.

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Universidad o Escuela vocacional	Fecha de inicio / finalización	Completado		Certificado, Matrícula o Título
		Sí	No	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D. Historial de empleo

1. ¿Está trabajando actualmente? Sí No.
En caso afirmativo, ¿cuánto gana cada mes?
2. Enumere su historial de empleo de los últimos cinco (5) años comenzando por su trabajo más reciente (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Título del puesto de trabajo	Horas por semana	Mes y año Inicio: Finalización:	¿Por qué dejó de trabajar?
Empleador			

Cuéntenos sobre las tareas que realizaba en este trabajo:

Título del puesto de trabajo	Horas por semana	Mes y año Inicio: Finalización:	¿Por qué dejó de trabajar?
Empleador			

Cuéntenos sobre las tareas que realizaba en este trabajo:

Título del puesto de trabajo	Horas por semana	Mes y año Inicio: Finalización:	¿Por qué dejó de trabajar?
Empleador			

Cuéntenos sobre las tareas que realizaba en este trabajo:

Título del puesto de trabajo	Horas por semana	Mes y año Inicio: Finalización:	¿Por qué dejó de trabajar?
Empleador			
Cuéntenos sobre las tareas que realizaba en este trabajo:			
Título del puesto de trabajo	Horas por semana	Mes y año Inicio: Finalización:	¿Por qué dejó de trabajar?
Empleador			
Cuéntenos sobre las tareas que realizaba en este trabajo:			
3. ¿Tiene algún pasatiempo o experiencia como voluntario? En caso afirmativo, cuéntenos sobre su(s) experiencia(s) a continuación:			
Si alguien tradujo o le ayudó a completar este formulario, ingrese su nombre y la relación que tiene con usted aquí:			
Declaro, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada por mí en esta Declaración de Educación, Empleo y Salud es verídica, correcta y está completa a mi leal saber y entender. Entiendo que el Department of Social and Health Services (Departamento de Servicios Sociales y de Salud) puede requerirme que proporcione pruebas de mis declaraciones.			
Firma del cliente		Fecha	