

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

A. Información del cliente

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO DEL CLIENTE	NÚMERO DE ID DEL CLIENTE
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	

1. Ha solicitado o recibido lo siguiente:
 - Beneficios SSI o por Discapacidad del Seguro Social, fecha: _____
 - Beneficios para veteranos de guerra (VA), fecha: _____
2. ¿Está interesado en los servicios de rehabilitación vocacional o de capacitación en este momento? Sí No
3. ¿Cuál es su idioma principal? _____ ¿Puede leer y escribir en inglés? Sí No
4. ¿Es zurdo o diestro? Zurdo Diestro

B. Información de salud

1. ¿Tiene alguna condición de salud física o mental que no le permitan trabajar en la actualidad? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, indique todas las condiciones de salud que no le permitan trabajar:

2. ¿Ha sido tratado por estas condiciones? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, por favor bríndenos la siguiente información:

CONDICIÓN	CLÍNICA / HOSPITAL	FECHAS	TRATAMIENTO / MEDICAMENTOS

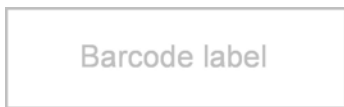
C. Educación y capacitación

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

CLASE DE EDUCACIÓN ESPECIAL	NIVEL DEL GRADO	RAZÓN PARA TOMAR CLASES DE EDUCACIÓN ESPECIAL	UBICACIÓN DE LA ESCUELA O DISTRITO ESCOLAR

- ¿Asistió a algún instituto o programa de capacitación vocacional? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, por favor bríndenos la siguiente información:

INSTITUTO O CAPACITACIÓN VOCACIONAL	FECHA DE COMIENZO / FINALIZACIÓN	COMPLETADO		CERTIFICADO, LICENCIA, O TÍTULO
		SÍ	NO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



D. Historia laboral

1. ¿Actualmente está trabajando? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuánto gana mensualmente?

2. Indique su historia laboral en los últimos 10 años, empezando con su trabajo más reciente (adjunte hojas adicionales si fuera necesario):

PUESTO	EMPLEADOR	HORAS POR SEMANA	MES Y AÑO COMIENZO: FIN:	¿POR QUÉ DEJÓ DE TRABAJAR?
--------	-----------	------------------	-----------------------------	----------------------------

Cuéntenos qué hacía en este trabajo:

PUESTO	EMPLEADOR	HORAS POR SEMANA	MES Y AÑO COMIENZO: FIN:	¿POR QUÉ DEJÓ DE TRABAJAR?
--------	-----------	------------------	-----------------------------	----------------------------

Cuéntenos qué hacía en este trabajo:

PUESTO	EMPLEADOR	HORAS POR SEMANA	MES Y AÑO COMIENZO: FIN:	¿POR QUÉ DEJÓ DE TRABAJAR?
--------	-----------	------------------	-----------------------------	----------------------------

Cuéntenos qué hacía en este trabajo:

PUESTO	EMPLEADOR	HORAS POR SEMANA	MES Y AÑO COMIENZO: FIN:	¿POR QUÉ DEJÓ DE TRABAJAR?
--------	-----------	------------------	-----------------------------	----------------------------

Cuéntenos qué hacía en este trabajo:

PUESTO	EMPLEADOR	HORAS POR SEMANA	MES Y AÑO COMIENZO: FIN:	¿POR QUÉ DEJÓ DE TRABAJAR?
--------	-----------	------------------	-----------------------------	----------------------------

Cuéntenos qué hacía en este trabajo:

PUESTO	EMPLEADOR	HORAS POR SEMANA	MES Y AÑO COMIENZO: FIN:	¿POR QUÉ DEJÓ DE TRABAJAR?
--------	-----------	------------------	-----------------------------	----------------------------

Cuéntenos qué hacía en este trabajo:

PUESTO	EMPLEADOR	HORAS POR SEMANA	MES Y AÑO COMIENZO: FIN:	¿POR QUÉ DEJÓ DE TRABAJAR?
--------	-----------	------------------	-----------------------------	----------------------------

Cuéntenos qué hacía en este trabajo:

PUESTO	EMPLEADOR	HORAS POR SEMANA	MES Y AÑO COMIENZO: FIN:	¿POR QUÉ DEJÓ DE TRABAJAR?
--------	-----------	------------------	-----------------------------	----------------------------

Cuéntenos qué hacía en este trabajo:

3. Indique todos los pasatiempos y trabajos voluntarios que haya realizado en los últimos 10 años:

SI ALGUIEN LE TRADUJO O LO AYUDÓ A COMPLETAR ESTE FORMULARIO, INGRESE SU NOMBRE Y RELACIÓN CON USTED AQUÍ

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que proporciono en esta Declaración de Educación, Empleo y Salud es, según mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa. Comprendo que el Departamento de Servicios Sociales y de Salud puede solicitarme comprobantes que respalden mis declaraciones.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
-------------------	-------