



**Plan Individual para Empleo (IPE)
Para**

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(For Office Use Only)**

TIPO DE PLAN

- Estándar (Standard)
- Empleo Apoyado
(Supported Employment)

OTRA INFORMACIÓN

- Transición (Transition)
- Boleto para Trabajar (Ticket-to-Work)
- Experiencia de Trabajo de Prueba
(Trial Work Experience)
- Evaluación Extendida
(Extended Evaluation)

MI OBJETIVO DE EMPLEO

Título de Trabajo: _____ SOC: _____

____Tiempo Completo ____Medio Tiempo (especificar) _____

Plazo para cuando comenzaré a trabajar: _____

Mi objetivo de trabajo es consistente con mis fortalezas, recursos, preocupaciones, prioridades, habilidades, capacidades, interés de carrera y elección informada. Explicar:

Completaré los siguientes pasos para emplearme:

(La lista de pasos específicos en esta sección es opcional dependiendo de las necesidades de rehabilitación del individuo.)

SERVICIOS NECESARIOS PARA LOGRAR MI OBJETIVO DE EMPLEO

(Complete las descripciones solo para los servicios necesarios para este Plan. Tache las secciones no usadas.)

Los costos estimados son suministrados solo para propósitos de planificación. Los costos reales podrían variar.

Código de Servicio: 365 Tipo de Servicio: Asesoramiento y guía - general

Descripción: Información/guía para tomar decisiones y participar en mi Plan

Servicio prestado por: Mi consejero de Servicios de Rehabilitación

Fechas Efectivas: _____ a _____ Costo Estimado: _____ Sin Costo: X

Fuente de Fondos: X SR ___ Cliente ___ Otro (especificar) _____ Otro (especificar) _____

Código de Servicio: 999 Tipo de Servicio: Servicio de emergencia necesario por única vez para iniciar o mantener un trabajo. Este servicio no será provisto en todos los casos.

Servicio prestado por: _____

Fechas Efectivas: _____ a _____ Costo Estimado: _____ Sin Costo: _____

Fuente de Fondos: ___ SR ___ Cliente ___ Otro (especificar) _____ Otro (especificar) _____

Código de Servicio: _____ Tipo de Servicio: _____

Descripción: _____

Servicio prestado por: _____

Fechas Efectivas: _____ a _____ Costo Estimado: _____ Sin Costo: _____

Fuente de Fondos: ___ SR ___ Cliente ___ Otro (especificar) _____ Otro (especificar) _____

___ Marcar si corresponde: Debido al costo estimado, se requerirá aprobación adicional de la agencia antes de comprar.

Código de Servicio: _____ Tipo de Servicio: _____

Descripción: _____

Servicio prestado por: _____

Fechas Efectivas: _____ a _____ Costo Estimado: _____ Sin Costo: _____

Fuente de Fondos: ___ SR ___ Cliente ___ Otro (especificar) _____ Otro (especificar) _____

___ Marcar si corresponde: Debido al costo estimado, se requerirá aprobación adicional de la agencia antes de comprar.

Código de Servicio: _____ Tipo de Servicio: _____

Descripción: _____

Servicio prestado por: _____

Fechas Efectivas: _____ a _____ Costo Estimado: _____ Sin Costo: _____

Fuente de fondos: ___ SR ___ Cliente ___ Otro (especificar) _____ Otro (especificar) _____

___ Marcar si Corresponde: Debido al costo estimado, se requerirá aprobación adicional de la agencia antes de comprar.

Código de Servicio: _____ Tipo de Servicio: _____

Descripción: _____

Servicio prestado por: _____

Fechas Efectivas: _____ a _____ Costo Estimado: _____ Sin Costo: _____

Fuente de fondos: ___ SR ___ Cliente ___ Otro (especificar) _____ Otro (especificar) _____

___ Marcar si Corresponde: Debido al costo estimado, se requerirá aprobación adicional de la agencia antes de comprar.

Código de Servicio: _____ Tipo de Servicio: _____
Descripción: _____
Servicio prestado por: _____
Fechas Efectivas: _____ a _____ Costo Estimado: _____ Sin Costo: _____
Fuente de fondos: SR Cliente Otro (especificar) _____ Otro (especificar) _____
 Marcar si Corresponde: Debido al costo estimado, se requerirá aprobación adicional de la
agencia antes de comprar.

Código de Servicio: _____ Tipo de Servicio: _____
Descripción: _____
Servicio prestado por: _____
Fechas Efectivas: _____ a _____ Costo Estimado: _____ Sin Costo: _____
Fuente de fondos: SR Cliente Otro (especificar) _____ Otro (especificar) _____
 Marcar si Corresponde: Debido al costo estimado, se requerirá aprobación adicional de la
agencia antes de comprar.

Código de Servicio: _____ Tipo de Servicio: _____
Descripción: _____
Servicio prestado por: _____
Fechas Efectivas: _____ a _____ Costo Estimado: _____ Sin Costo: _____
Fuente de fondos: SR Cliente Otro (especificar) _____ Otro (especificar) _____
 Marcar si Corresponde: Debido al costo estimado, se requerirá aprobación adicional de la
agencia antes de comprar.

Los costos estimados son suministrados solo para propósitos de planificación. Los costos reales podrían variar.

Use hojas adicionales si es necesario para enumerar todos los servicios que son parte de este Plan.

Explique cómo contribuirán los servicios a lograr mi objetivo de empleo:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Describa cómo y cuándo será evaluado mi progreso:

(Para planes de trabajo por cuenta propia, también describa los criterios que será usados para determinar cuando el desempeño en el trabajo es estable.)

SERVICIOS POST-EMPLEO

No anticipado Contactar a RS si es necesario

INFORMACIÓN ADICIONAL

(Complete solo las secciones que aplican a este Plan.)

EMPLEO SOPORTADO

Describa los criterios para determinar que el desempeño de mi trabajo es estable:

Describa cómo y cuándo será evaluado mi progreso:

Describa los servicios extendidos esperados y el soporte permanente necesario:

¿Cómo se identificará y suministrará el soporte permanente extendido?

Por favor advierta: cualquier entrenamiento de habilidades laborales provistas en este Plan de Empleo Soportado será suministrado en el sitio de trabajo del empleo en un ambiente comunitario integrado.

ESTUDIANTES EN EDAD DE TRANSICIÓN

Este Plan se ha desarrollado teniendo en consideración el contenido de mi Plan Individual de Educación (o Plan 504) y mis registros escolares, siempre y cuando estos documentos abordan mis intereses, opciones vocacionales y necesidades de acomodación.

MÉTODOS USADOS PARA PAGAR ESTOS SERVICIOS

Los Servicios de Rehabilitación (SR) podrían usar una variedad de métodos para la compra de bienes o servicios para su caso de rehabilitación vocacional. En todas las compras, la agencia debe asegurar que los fondos sean usados solamente para los propósitos permitidos y autorizados. Deben mantenerse registros suficientes para documentar que los fondos fueron usados adecuadamente. Dependiendo de su Plan Individual para Empleo (IPE), usted también podría ser responsable de pagar una parte del costo. O podría usarse un beneficio comparable para cubrir una parte del costo.

En la mayoría de los casos, SR pagará directamente al proveedor o vendedor de los bienes o servicios. Podría haber casos donde se le reintegrará a usted por compras permitidas que hace para su Plan VR, o podría recibir un pago por adelantado para hacer compras permitidas. En estos casos cuando los fondos se le pagan directamente a usted, se aplicarán las siguientes reglas:

REINTEGROS

Debe recibir una Autorización de Servicio escrita de su consejero para cualquier compra que haga por la cual se le reintegrará. Deben tener un formulario de Autorización de Servicios ANTES de hacer la compra. La cantidad de dólares indicados en la Autorización de Servicio representa la cantidad máxima que SR pagará por el servicio especificado. El reintegro será provisto solamente por los ítems indicados en la Autorización de Servicio, incluyendo especificaciones tales como marca, modelo, versión, edición, etc. El reintegro será por los costos

reales. Si decide comprar un ítem o servicio que es más caro que la cantidad indicada en la Autorización de Servicio, usted será responsable de pagar la diferencia.

PAGOS ADELANTADOS

En circunstancias limitadas, SR podría emitirle un pago adelantado para que pueda comprar un bien o servicio permitido especificado. La cantidad de dólares indicados en la Autorización de Pago representa la cantidad máxima que SR pagará por el servicio especificado. Los fondos VR que se le suministran por adelantado podrían ser usados solamente para los ítems indicados en la Autorización de Pago, incluyendo especificaciones tales como marca, modelo, versión, edición, etc. Si decide comprar un ítem o servicio que es más caro que la cantidad indicada en la Autorización de Pagos, usted será responsable por la diferencia. Si el ítem comprado cuesta menos que la cantidad del pago adelantado, el exceso de fondos será anotado y deducido de cualquier nuevo reintegro o pago por adelantado futuro. Usted será responsable de gestionar estos excesos de fondos en forma tal que estén disponibles para usar para futuros gastos permitidos y autorizados. O, podría pedirle que devuelva el exceso de fondos a SR. En la mayoría de los casos, no puede tener más de un pago adelantado pendiente en un momento dado.

DOCUMENTACIÓN DE PRUEBA DE COMPRA

Después de completar la compra, usted suministrará documentación de prueba de compra. La documentación podría incluir recibos de pagos originales, recibos de máquinas registradoras que identifiquen bienes comprados, estados de tarjeta de crédito, documentación de pagos por internet, u otra documentación similar. También se considera documentación admisible las copias de cheques cancelados (que muestren el frente del cheque con el nombre del receptor y el reverso del cheque o el resumen indicando que el pago del cheque se ha realizado) y copias de giros postales (Money Orders). Su nombre debe estar escrito en todos los documentos que envía al SR.

Debe completar un Formulario de Materiales Recibidos para bienes comprados y debe enviarlo con la documentación de compra.

La documentación debe ser lo suficientemente detallada para informar el receptor del pago, qué fue comprado, la fecha y el costo. Se requieren registros de millaje para reintegro de millaje. Los registros de transporte se requieren para boletos de autobús, pases de autobús, tarifas de taxi, u otros transportes de pago por viaje.

La documentación podría estar sujeta a verificación por SR.

Los recibos o documentación falsificados ocasionarán el cierre de su caso. En tales circunstancias, se realizará una derivación para más investigación a la Unidad de Fraudes del Departamento de Niños y Familias.

La documentación debe ser enviada dentro de los 10 días de la compra. El no proveer documentación a tiempo podría llevar a la negación del uso de las opciones de reintegro o pago adelantado en el futuro.

Comprendo estas reglas y certifico que las cumpliré.

Firma del Cliente

Fecha

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN

Los siguientes derechos se aplican a todos los que reciben servicios VR. Tengo el derecho a:

Recibir servicios VR sin discriminación basada en raza, color, religión, edad, discapacidad, nacionalidad de origen, ascendencia o sexo. (Los servicios que el SR puede suministrar dependen de la disponibilidad de fondos estatales y federales, y si hay otros programas que pueden suministrar los servicios que necesito.)

Tomar decisiones informadas acerca de mi objetivo de empleo, los servicios que recibiré, quién suministrará los servicios, y cómo se obtendrán los servicios.

Tomar parte activa en desarrollar mi Plan Individual para Empleo y estar involucrado en cualquier cambio en el Plan antes que se haga efectivo. Podría obtener ayuda de otros individuos que no son empleados de la agencia estatal para desarrollar mi Plan si así lo elijo.

Esperar que la información que brindo a mi consejero se mantenga confidencial, como se describe en el Manual de Servicios.

Firmar y recibir una copia escrita de mi Plan Individual de Empleo y cualquier cambio hecho a éste.

Participar en una revisión anual de mi Plan Individual de Empleo para estar seguro que sigue siendo el mejor Plan para ayudarme a obtener un trabajo.

Participar en revisiones para determinar mi progreso hacia cumplir con mi objetivo de empleo.

Recibir información en mi idioma nativo o modo de comunicación.

Recibir servicios del Programa de Asistencia al Cliente (CAP) Si necesito más información o clarificación acerca de mi Plan, si estoy insatisfecho con mis servicios, o si necesito información acerca a mis derechos de apelación (revisión administrativa, mediación o audiencia justa). Puedo contactar a la línea gratuita de CAP en el Centro de Derechos de Discapacidad al 1-877-776-1541 o 1-877-335-3725 (TTY).

Las siguientes responsabilidades se aplican a todo el que reciba servicios VR. Tengo la responsabilidad de:

Llevar a cabo mi Plan Individual de Empleo a lo mejor de mis capacidades.

Mantener citas y participar en actividades programadas. Contactar a mi consejero si necesito cambiar la hora de mi cita.

Verificar con mi consejero **por adelantado** antes de detener cualquier actividad planeada.

Obtener **autorización escrita previa** de mi consejero antes de comprar bienes y servicios con fondos del SR, y suministrar recibos cuando se me solicite.

Suministrar información financiera como sea necesario, aplicar para ayuda financiera/ otros beneficios, y ayudar a pagar el costo de mis servicios consistente con mi necesidad económica. Usar fondos familiares, seguro, Seguro Social, PELL Grants, becas o cualquier otro fondo para el que pudiera ser elegible para ayudar a pagar los servicios.

Seguir el consejo médico, planes de tratamiento u otras instrucciones profesionales, y cooperar con los proveedores de servicio que están tratando de ayudarme con mis servicios o empleo.

Contactar a mi consejero:

- Si me mudo.
- Si cambia mi número telefónico.
- Si deseo cambiar cualquier cosa en mi Plan, tal como mi objetivo de empleo, servicios, períodos de tiempos o pasos.
- Se hay cambios en mi estado financiero.
- Si hay un cambio en mi estado de empleo, por ejemplo si no estoy trabajando más. Si soy cesanteado, si soy promovido o cambio de trabajo.

Buscar activamente empleo, e ir a trabajar cuando he completado mi Plan. Cuando obtengo un trabajo, suministraré información a mi consejero sobre el nombre de mi empleador, mi salario, el número de horas que estoy trabajando, mi título laboral y beneficios.

Las siguientes responsabilidades se aplican a mi Plan Individual de Empleo cuando son verificadas.

- ___ Mantener una calificación promedio de 2.0, o mayor si es necesario para ingresar a un campo de estudio profesional.
- ___ Completar 30 horas de crédito de clases por año. Mantener la inscripción de tiempo completo si asisto a un programa de capacitación vocacional o técnica.
- ___ Suministrar copias de cualquier notificación que reciba acerca de mi desempeño en cualquiera de mis clases y decirle a mi consejero acerca de cualquier cambio en mi estado de ayuda financiera.
- ___ Suministrar mis calificaciones del semestre anterior antes que consejero pueda autorizar fondos para el siguiente semestre.
- ___ Hablar con mi consejero antes de cancelar o interrumpir ninguna clase.
- ___ Trabajar con mi escuela para analizar mi certificado de clases y desarrollar un plan para completar mi grado o certificado después del primer año de escuela, cuando me vaya a transfer a otra escuela, o cuando esté pensando cambiar mi curso de estudio principal. Discutir cualquier cambio con mi consejero antes de hacerlo.
- ___ Mantener el cuidado adecuado y reparar el equipo y dispositivos tecnológicos de asistencia.
- ___ Devolver herramientas, equipos o artículos iniciales comprados por mi Plan o empleo si no los necesito más para esos propósitos.

Devolver fondos al SR por la venta de libros de texto al final del semestre.

Otro: _____

Otro: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (For Office Use Only)

¿ESTE PLAN ESTÁ SUJETO A AYUDA ECONÓMICA? Sí No

Is this plan subject to economic need? Yes No

Si no, marque una: Beneficiario de SSI/SSDI No se aplica a ningún servicio en este Plan

If no, check one: SSI/SSDI recipient Does not apply to any services in this Plan

MI PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE ESTE PLAN

Estuve involucrado en tomar decisiones acerca de este plan. Tuve opciones acerca de mi objetivo de trabajo y los pasos y servicios que necesito para lograrlo También tuve opciones acerca de quién suministrará los servicios. Se me han explicado y brindado mis derechos y responsabilidades. Comprendo que recibiré una copia de mi Plan.

Firma del Consejero

Fecha

Mi Firma o la Firma de mi Tutor

Fecha