



*Familias Fuertes Hacen un Kansas Fuerte*

## **Solicitud para Servicios de Rehabilitación Vocacional**

### ***¿Es la Rehabilitación Vocacional el programa correcto para usted?***

Una breve información acerca del programa de Rehabilitación Vocacional (VR) podría ayudarle a decidir si debe solicitar estos servicios.

- La rehabilitación vocacional brinda servicios a personas con una discapacidad física, intelectual o mental permanente.
- La rehabilitación vocacional es un programa de empleo. El propósito de la rehabilitación vocacional es ayudar a la gente de Kansas con discapacidades a obtener empleo. También podríamos suministrar servicios para ayudarle a mantener el trabajo que ya tiene si su discapacidad está causándole dificultades en el trabajo.
- Debe solicitar los servicios y ser encontrado elegible para poder recibir los servicios. Después de su solicitud, nuestro personal determinará si usted tiene una discapacidad que es un impedimento significativo para el empleo, y si requiere servicios de rehabilitación vocacional para obtener empleo. Podría pedírsele que suministre información adicional acerca de su discapacidad, servicios médicos e historial de empleo para ayudar a determinar si es elegible.
- Si es elegible para servicios, un consejero trabajará con usted para desarrollar un Plan Individual de Empleo (IPE). El IPE enumerará sus objetivos de empleo y los servicios que recibirá. El consejero le ayudará a ver sus opciones de empleo para que pueda tomar decisiones informadas acerca del tipo de trabajo que desea buscar.
- Los servicios son individualizados de acuerdo con las necesidades particulares de rehabilitación, discapacidad y objetivo de empleo de la persona elegible.
- Podría pedírsele que ayude a pagar por algunos servicios si se determina que usted o su familia tienen recursos financieros para hacerlo.

Si tiene una discapacidad y desea trabajar, comience hoy su camino hacia un empleo completando esta solicitud para servicios de rehabilitación vocacional. Si necesita ayuda para responder cualquiera de estas preguntas, por favor pida asistencia al personal de rehabilitación vocacional.

## Información sobre usted

\_\_\_\_\_  
 APELLIDO NOMBRE INICIAL 2DO NOMBRE NUMERO DE SEGURO SOCIAL

\_\_\_\_\_  
 APELLIDOS ANTERIORES USADOS, TALES COMO APELLIDO DE SOLTERA O APELLIDO DE CASADA

\_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DE CALLE ACTUAL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DISTINTA) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO NÚMERO DE TELÉFONO NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR CONDADO DE RESIDENCIA

\_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DE EMAIL NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO (alguien que podría darle un mensaje)

<b>GENERO</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	<b>ESTADO CIVIL</b> <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO	<b>RAZA</b> <input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> NEGRA O AFRO-AMERICANA <input type="checkbox"/> INDO-AMERICANA O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICA <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWÁI U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO
<b>CIUDADANO DE EE.UU.</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI NO, ¿TIENE UNA TARJETA DE REGISTRO DE EXTRANJERO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI NO, ¿TIENE UN DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DE EMPLEO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>DEBE TENER UNA VISA LA CUAL PERMITE EMPLEO EN EL MERCADO COMPETITIVO PARA SER ELEGIBLE PARA SERVICIOS.</i>		<b>HISPANO</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  <b>VETERANO DEL EJERCITO DE EE.UU.</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>DISCAPACIDAD PRIMARIA</b> ¿Cuál es la condición médica, lesión, impedimento o discapacidad física/mental primaria que limita su capacidad para trabajar? Liste o describa.  ¿Cuándo comenzó esta discapacidad (año)? _____		
<b>DISCAPACIDAD SECUNDARIA</b> Por favor indique cualquier otra condición, impedimento o discapacidad que limite su capacidad para trabajar.  ¿Cuándo comenzaron estas condiciones/discapacidades (año)? _____		

<p><b>GRADO MAS ALTO DE EDUCACION (MARQUE UNO)</b></p> <p><input type="checkbox"/> SIN ESCOLARIDAD FORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> PRIMARIA (GRADOS 1-8)</p> <p><input type="checkbox"/> ESCUELA SECUNDARIA INCOMPLETA PERO SIN DIPLOMA (GRADOS 9-12)</p> <p><input type="checkbox"/> CERTIFICADO/DIPLOMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL O CERTIFICADO DE ASISTENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> GRADUADO DE ESCUELA SECUNDARIA O GED</p> <p><input type="checkbox"/> ALGO DE UNIVERSIDAD O ESCUELA SUPERIOR TÉCNICA PERO SIN GRADUACIÓN O CERTIFICADO</p> <p><input type="checkbox"/> TÍTULO UNIVERSITARIO DE 2 AÑOS</p> <p><input type="checkbox"/> TÍTULO DE LICENCIADO</p> <p><input type="checkbox"/> TÍTULO DE MAESTRÍA</p> <p><input type="checkbox"/> TÍTULO SUPERIOR A MAESTRÍA, EJEMPLO PH.D., ED.D., J.D.</p> <p><input type="checkbox"/> CERTIFICADO VOCACIONAL/TÉCNICO</p> <p><input type="checkbox"/> CREDENCIAL OCUPACIONAL SUPERIOR A LICENCIATURA</p> <p><input type="checkbox"/> CREDENCIAL OCUPACIONAL SUPERIOR A MAESTRIA</p>	<p><b>DISPOSICION ACTUAL DE VIVIENDA (MARQUE UNO)</b></p> <p><input type="checkbox"/> RESIDENCIA PRIVADA (SOLO, CON SU FAMILIA O CON UN COMPAÑERO)</p> <p><input type="checkbox"/> HOGAR GRUPAL</p> <p><input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO DE REHABILITACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL</p> <p><input type="checkbox"/> ASILO</p> <p><input type="checkbox"/> CÁRCEL O ESTABLECIMIENTO CORRECCIONAL</p> <p><input type="checkbox"/> CASA INTERMEDIA (HALFWAY HOUSE)</p> <p><input type="checkbox"/> CENTRO DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> SIN TECHO/REFUGIO</p> <p><input type="checkbox"/> OTRO</p>																												
<p><b>¿ES ESTUDIANTE EN ESCUELA SECUNDARIA AL MOMENTO DE ESTA SOLICITUD?</b></p> <p><input type="checkbox"/> NO, NO SOY ESTUDIANTE DE SECUNDARIA EN ESTE MOMENTO.</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ, ESTOY EN LA ESCUELA SECUNDARIA Y TENGO UN PLAN DE ACOMODACIÓN 504.</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ, ESTOY EN LA ESCUELA SECUNDARIA Y RECIBO SERVICIOS A TRAVÉS DE UN PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL (IEP).</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ, ACTUALMENTE ESTOY EN LA ESCUELA SECUNDARIA, PERO NO TENGO UN PLAN 504 O UN IEP.</p>																													
<p><b>¿QUIEN LO REFIRIO A REHABILITACION VOCACIONAL? (MARQUE UNO)</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESCUELA PRIMARIA O SECUNDARIA</td> <td><input type="checkbox"/> SERVICIOS DE PROTECCION INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD, ACADEMIA O ACADEMIA TÉCNICA</td> <td><input type="checkbox"/> ORGANIZACIONES DE CONSUMIDOR O GRUPO DE DEFENSA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MÉDICO U HOSPITAL (PÚBLICO O PRIVADO)</td> <td><input type="checkbox"/> EMPLEADOR</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MEDICAID (KANCARE, HEALTHWAVE, WORKING HEALTHY, TRABAJO, ORGANIZACIONES DE CUIDADO ADMINISTRADO)</td> <td><input type="checkbox"/> ORGANIZACIÓN BASADA EN LA FE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SERVICIOS ECONÓMICOS Y DE EMPLEO</td> <td><input type="checkbox"/> FAMILIA O AMIGOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL</td> <td><input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE SERVICIOS DE DISCAPACIDADES INTELECTUALES Y DE DESARROLLO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN SU COMUNIDAD</td> <td><input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE SALUD MENTAL (PÚBLICO O PRIVADO)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL O SERVICIOS DE DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD</td> <td><input type="checkbox"/> AUTORIDAD PÚBLICA DE VIVIENDA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CENTRO DE CAPACITACIÓN/EMPLEO EN UN SOLO SITIO (KANSASWORKS)</td> <td><input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO ESTATAL CORRECCIONAL/JUSTICIA JUVENIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AUTO DERIVACIÓN/REFERIDO</td> <td><input type="checkbox"/> AGENCIA ESTATAL DE SERVICIO DE EMPLEO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> OTRAS FUENTES</td> <td><input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PROGRAMA DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL PARA INDO-AMERICANOS</td> <td><input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN LABORAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CENTRO PARA VIDA INDEPENDIENTE</td> <td><input type="checkbox"/> OTRAS AGENCIAS ESTATALES</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> AGENCIAS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL EN OTROS ESTADOS</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> ESCUELA PRIMARIA O SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE PROTECCION INFANTIL	<input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD, ACADEMIA O ACADEMIA TÉCNICA	<input type="checkbox"/> ORGANIZACIONES DE CONSUMIDOR O GRUPO DE DEFENSA	<input type="checkbox"/> MÉDICO U HOSPITAL (PÚBLICO O PRIVADO)	<input type="checkbox"/> EMPLEADOR	<input type="checkbox"/> MEDICAID (KANCARE, HEALTHWAVE, WORKING HEALTHY, TRABAJO, ORGANIZACIONES DE CUIDADO ADMINISTRADO)	<input type="checkbox"/> ORGANIZACIÓN BASADA EN LA FE	<input type="checkbox"/> SERVICIOS ECONÓMICOS Y DE EMPLEO	<input type="checkbox"/> FAMILIA O AMIGOS	<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE SERVICIOS DE DISCAPACIDADES INTELECTUALES Y DE DESARROLLO	<input type="checkbox"/> PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN SU COMUNIDAD	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE SALUD MENTAL (PÚBLICO O PRIVADO)	<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL O SERVICIOS DE DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> AUTORIDAD PÚBLICA DE VIVIENDA	<input type="checkbox"/> CENTRO DE CAPACITACIÓN/EMPLEO EN UN SOLO SITIO (KANSASWORKS)	<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO ESTATAL CORRECCIONAL/JUSTICIA JUVENIL	<input type="checkbox"/> AUTO DERIVACIÓN/REFERIDO	<input type="checkbox"/> AGENCIA ESTATAL DE SERVICIO DE EMPLEO	<input type="checkbox"/> OTRAS FUENTES	<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS	<input type="checkbox"/> PROGRAMA DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL PARA INDO-AMERICANOS	<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN LABORAL	<input type="checkbox"/> CENTRO PARA VIDA INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/> OTRAS AGENCIAS ESTATALES		<input type="checkbox"/> AGENCIAS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL EN OTROS ESTADOS
<input type="checkbox"/> ESCUELA PRIMARIA O SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE PROTECCION INFANTIL																												
<input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD, ACADEMIA O ACADEMIA TÉCNICA	<input type="checkbox"/> ORGANIZACIONES DE CONSUMIDOR O GRUPO DE DEFENSA																												
<input type="checkbox"/> MÉDICO U HOSPITAL (PÚBLICO O PRIVADO)	<input type="checkbox"/> EMPLEADOR																												
<input type="checkbox"/> MEDICAID (KANCARE, HEALTHWAVE, WORKING HEALTHY, TRABAJO, ORGANIZACIONES DE CUIDADO ADMINISTRADO)	<input type="checkbox"/> ORGANIZACIÓN BASADA EN LA FE																												
<input type="checkbox"/> SERVICIOS ECONÓMICOS Y DE EMPLEO	<input type="checkbox"/> FAMILIA O AMIGOS																												
<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE SERVICIOS DE DISCAPACIDADES INTELECTUALES Y DE DESARROLLO																												
<input type="checkbox"/> PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN SU COMUNIDAD	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE SALUD MENTAL (PÚBLICO O PRIVADO)																												
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL O SERVICIOS DE DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> AUTORIDAD PÚBLICA DE VIVIENDA																												
<input type="checkbox"/> CENTRO DE CAPACITACIÓN/EMPLEO EN UN SOLO SITIO (KANSASWORKS)	<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO ESTATAL CORRECCIONAL/JUSTICIA JUVENIL																												
<input type="checkbox"/> AUTO DERIVACIÓN/REFERIDO	<input type="checkbox"/> AGENCIA ESTATAL DE SERVICIO DE EMPLEO																												
<input type="checkbox"/> OTRAS FUENTES	<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS																												
<input type="checkbox"/> PROGRAMA DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL PARA INDO-AMERICANOS	<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN LABORAL																												
<input type="checkbox"/> CENTRO PARA VIDA INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/> OTRAS AGENCIAS ESTATALES																												
	<input type="checkbox"/> AGENCIAS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL EN OTROS ESTADOS																												
<p><b>MEDIO DE COMUNICACION PREFERIDO (MARQUE UNE)</b></p> <p><input type="checkbox"/> LETRA IMPRESA NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> BRAILLE</p> <p><input type="checkbox"/> LETRA IMPRESA GRANDE</p> <p><input type="checkbox"/> CINTA</p> <p><input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> DISCO DE 3,5</p> <p><input type="checkbox"/> OTRO IDIOMA (ESPECIFICAR) _____</p>	<p><b>SOLO PARA USO DE LA OFICINA</b></p>																												

## Información acerca del empleo.

¿ESTA TRABAJANDO?  Sí  NO

Si Sí, dónde: \_\_\_\_\_ Título del trabajo: \_\_\_\_\_ Horas por semana: \_\_\_\_\_

Si Sí, ganancia semanal actual: \_\_\_\_\_ (sueldo bruto, salario, propinas o comisiones antes de deducciones de planilla o impuestos)

### SOLO PARA USO DE LA OFICINA – EMPLEO AL SOLICITAR

Empleo sin soporte en ambiente integrado

Empleo con soporte en ambiente integrado

Empleo extendido

No empleado: estudiante en educación secundaria

Empleo propio (excepto BEP)

No empleado: Todos los demás estudiantes

Programa de Empresa Comercial gestionado por Agencia Estatal (BEP)

No empleado: Aprendiz, interno o voluntario

Ama de casa

No empleado: Otro

Trabajador familiar sin pago

### SI HA TRABAJADO ANTES, POR FAVOR INDIQUE LA SIGUIENTE INFORMACION SOBRE SUS MAS RECIENTES TRABAJOS:

NOMBRE DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

TRABAJO QUE TUVO: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE TIEMPO CUANDO TRABAJÓ ALLÍ: \_\_\_\_\_

RAZÓN PARA DEJAR EL TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

TRABAJO QUE TUVO: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE TIEMPO CUANDO TRABAJÓ ALLÍ: \_\_\_\_\_

RAZÓN PARA DEJAR EL TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

TRABAJO QUE TUVO: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE TIEMPO CUANDO TRABAJÓ ALLÍ: \_\_\_\_\_

RAZÓN PARA DEJAR EL TRABAJO: \_\_\_\_\_

### ¿CUALES SON LAS FORTALEZAS O CAPACIDADES QUE TIENE QUE SON UTILES PARA EL TRABAJO?

## Información acerca de recursos

### ¿ESTA ACTUALMENTE RECIBIENDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

SI SI, MARQUE Y DESPUES PONGA LA CANTIDAD MENSUAL.

		SOLO PARA USO OFICINA
<input type="checkbox"/> SSDI (SEGURO DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL)	CANTIDAD: \$ _____	¿VERIFICADO? S/N _____
<input type="checkbox"/> SSI (INGRESO SUPLEMENTARIO DE SEGURIDAD)	CANTIDAD: \$ _____	¿VERIFICADO? S/N _____
<input type="checkbox"/> TANF (ASISTENCIA TEMPORAL P/ FAMILIAS NECESITADAS)	CANTIDAD: \$ _____	¿VERIFICADO? S/N _____
<input type="checkbox"/> ASISTENCIA GENERAL (ASISTENCIA PÚBLICA)	CANTIDAD: \$ _____	¿VERIFICADO? S/N _____
<input type="checkbox"/> BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD DE VETERANOS	CANTIDAD: \$ _____	¿VERIFICADO? S/N _____
<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN LABORAL	CANTIDAD: \$ _____	¿VERIFICADO? S/N _____
<input type="checkbox"/> CUALQUIER OTRO APOYO PÚBLICO	CANTIDAD: \$ _____	¿VERIFICADO? S/N _____

### ¿CUAL ES SU FUENTE PRINCIPAL (MAYOR) DE APOYO? MARQUE UNO.

- GANANCIAS DE EMPLEO  
 INGRESO PERSONAL (INTERESES, DIVIDENDOS, RENTA, RETIRO INCLUYENDO RETIRO DEL SEGURO SOCIAL)  
 FAMILIA Y AMIGOS (INCLUYE GANANCIAS DE UN CÓNYUGE)  
 ASISTENCIA GENERAL (ASISTENCIA PÚBLICA)  
 BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD DE VETERANOS  
 APOYO PÚBLICO (SSI, SSDI, TANF)  
 TODAS LAS DEMÁS FUENTES (INCLUYE SEGURO PRIVADO DE DISCAPACIDAD Y CARIDAD PRIVADA)

### PARA AYUDARNOS A COORDINAR SUS SERVICIOS, POR FAVOR MARQUE OTROS SERVICIOS QUE ESTA RECIBIENDO.

PUEDE MARCAR HASTA TRES.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PROGRAMA DE SERVICIOS DE REHABILITACION VOCACIONAL PARA INDÍGENAS AMERICANOS | <input type="checkbox"/> CENTRO DE CAPACITACION/EMPLEO EN UN SOLO SITIO (KANSASWORKS)                  |
| <input type="checkbox"/> CENTRO PARA VIDA INDEPENDIENTE   | <input type="checkbox"/> AUTORIDAD PÚBLICA DE VIVIENDA   |
| <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL   | <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL O SERVICIOS DE DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD |
| <input type="checkbox"/> PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN SU COMUNIDAD                                   | <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO ESTATAL CORRECCIONAL /JUSTICIA JUVENIL                           |
| <input type="checkbox"/> ORGANIZACIÓN CONSUMIDOR O GRUPO DE DEFENSA                                   | <input type="checkbox"/> AGENCIA ESTATAL DE SERVICIO DE EMPLEO   |
| <input type="checkbox"/> ESCUELA PRIMARIA O SECUNDARIA  | <input type="checkbox"/> SERVICIOS ECONÓMICOS Y DE EMPLEO  |
| <input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD, ACADEMIA O ACADEMIA TÉCNICA                                     | <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS   |
| <input type="checkbox"/> EMPLEADOR  | <input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN LABORAL  |
| <input type="checkbox"/> RED DE EMPLEO BOLETO PARA TRABAJAR   | <input type="checkbox"/> OTRAS AGENCIAS ESTATALES  |
| <input type="checkbox"/> AYUDA FEDERAL DE ESTUDIANTE (PELL, SEOG, TRABAJO PARA ESTUDIANTES)           | <input type="checkbox"/> AGENCIAS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL EN OTROS ESTADOS                        |
| <input type="checkbox"/> AGENCIA DE DISCAPACIDADES INTELECTUALES Y DE DESARROLLO                      | <input type="checkbox"/> OTRO  |
| <input type="checkbox"/> MÉDICO U HOSPITAL (PÚBLICO O PRIVADO)  | <input type="checkbox"/> NINGUNO   |
| <input type="checkbox"/> PROVEEDOR SALUD MENTAL (PÚBLICO O PRIVADO)                                   |  |

### ¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE COBERTURA DE SEGURO MEDICO?

- MEDICAID (KANCARE)  
 MEDICARE  
 SEGURO PÚBLICO DE OTRAS FUENTES (COMPENSACIÓN LABORAL O HEALTHWAVE)  
 SEGURO PRIVADO A TRAVÉS DE SU PROPIO EMPLEADOR  
 NO ELEGIBLE TODAVÍA PARA SEGURO PRIVADO A TRAVÉS DE EMPLEADOR, PERO SERÁ DESPUÉS DE UN DETERMINADO PERÍODO DE EMPLEO  
 SEGURO PRIVADO A TRAVÉS DE OTROS MEDIOS (TALES COMO A TRAVÉS DE LOS PADRES O FAMILIA)

## Información acerca de sus gastos

¿CUANTAS PERSONAS VIVEN ACTUALMENTE EN SU CASA? \_\_\_\_\_ (INCLUYE PARIENTES Y OTROS)

¿CUÁLES SON LOS GASTOS MENSUALES ACTUALES PARA SU HOGAR? POR FAVOR LISTE A CONTINUACIÓN

VIVIENDA	CANTIDAD: \$ _____	AGUA	CANTIDAD: \$ _____
GAS NATURAL	CANTIDAD: \$ _____	CABLE	CANTIDAD: \$ _____
ELECTRICIDAD	CANTIDAD: \$ _____	INTERNET	CANTIDAD: \$ _____
PROPANO	CANTIDAD: \$ _____	TELÉFONO	CANTIDAD: \$ _____
BASURA	CANTIDAD: \$ _____	CELULAR	CANTIDAD: \$ _____

SI LO ENCONTRAMOS ELEGIBLE, PODRIAMOS PEDIRLE QUE SUMINISTRE DOCUMENTACION DE ESTOS GASTOS, DEPENDIENDO DE LOS SERVICIOS QUE ESTARÍAN INCLUIDOS EN SU IPE.

## Reconocimientos

Al hacer esta solicitud para servicios de rehabilitación vocacional, reconozco que:

- Estoy solicitando servicios de rehabilitación vocacional para el propósito específico de obtener y/o mantener un trabajo.
- Es mi responsabilidad informar a mi consejero de cualquier cambio relacionado a esta solicitud, tales como cambios en mi dirección, ingresos o empleo.
- Se requiere aprobación escrita **previa** de mi consejero antes que los Servicios de Rehabilitación paguen por cualquier servicio.
- El pago por algunos servicios podría estar basado en necesidades financieras de acuerdo con mis ingresos personales o familiares.
- Brindo permiso expresamente para que la información mía sea compartida dentro del Departamento para Niños y Familias (DCF). Los Servicios de Rehabilitación también tendrán acceso a la información en mis registros del Seguro Social, Determinación de Discapacidad, DCF y empleo.
- Nadie será discriminado por los Servicios de Rehabilitación debido a discapacidad, raza, religión, sexo, color, nacionalidad de origen, tiempo de residencia en el estado o ascendencia.
- He recibido un Manual de Servicios.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL PADRE, TUTOR, REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
ESTADO

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL PADRE, TUTOR, REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO CELULAR

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO