

Departamento de Niños y Familias
Servicios de Rehabilitación

Plan de Empleo Individual
Enmienda N.º _____
Para _____

ENMIENDA INICIADA POR:

____ Usuario ____ Consejero ____ Otro (especifique) _____

Si la enmienda es iniciada por el usuario, puede ponerse en práctica antes de tenerse la firma del mismo en este formulario. Si la enmienda es iniciada por el consejero o por un tercero, como un proveedor de servicios, tiene que obtenerse la firma del usuario antes de ponerse en práctica la enmienda.

CAMBIO DE UN PLAN DE EMPLEO NORMAL A UN PLAN DE EMPLEO CON APOYO

Si se escoge esta opción, también se tiene que llenar la sección Empleo con Apoyo situada abajo.

ACTUALIZACIÓN DE MI OBJETIVO DE EMPLEO

Llene sólo las partes en las cuales haya cambios.

Puesto _____ SOC _____

____ Tiempo completo ____ Tiempo parcial (especifique) _____

Plazo dentro del cual empezaré a trabajar: _____

Mi objetivo de empleo está acorde con mis puntos fuertes, recursos, prioridades, inquietudes, habilidades, capacidades, intereses profesionales y con una elección bien fundamentada. Explique:

Tomaré los siguientes pasos con el fin de lograr empleo:

(La lista de pasos específicos de esta sección es optativa, según las necesidades de rehabilitación de la persona).

ELIMINAR UN SERVICIO / ESPECIFICAR: _____

ACTUALIZAR UN SERVICIO PRESENTE

Llene sólo las partes en las cuales haya cambios.

Código de Servicio: _____ Tipo de servicio: _____

Descripción: _____

Servicio suministrado por: _____

Fechas de vigencia: de _____ a _____ Costo estimado: _____ Sin costo _____

Fuentes de fondos: __ RS __ Usuario __ Otro (especifique) _____ __ Otro (especifique) _____

AGREGAR NUEVO(S) SERVICIO(S)

Código de Servicio: _____ Tipo de servicio: _____

Descripción: _____

Servicio suministrado por: _____

Fechas de vigencia: de _____ a _____ Costo estimado: _____ Sin costo _____

Fuentes de fondos: __ RS __ Usuario __ Otro (especifique) _____ __ Otro (especifique) _____

Código de Servicio: _____ Tipo de servicio: _____

Descripción: _____

Servicio suministrado por: _____

Fechas de vigencia: de _____ a _____ Costo estimado: _____ Sin costo _____

Fuentes de fondos: __ RS __ Usuario __ Otro (especifique) _____ __ Otro (especifique) _____

Código de Servicio: _____ Tipo de servicio: _____

Descripción: _____

Servicio suministrado por: _____

Fechas de vigencia: de _____ a _____ Costo estimado: _____ Sin costo _____

Fuentes de fondos: __ RS __ Usuario __ Otro (especifique) _____ __ Otro (especifique) _____

Código de Servicio: _____ Tipo de servicio: _____

Descripción: _____

Servicio suministrado por: _____

Fechas de vigencia: de _____ a _____ Costo estimado: _____ Sin costo _____

Fuentes de fondos: __ RS __ Usuario __ Otro (especifique) _____ __ Otro (especifique) _____

El costo estimado se proporciona sólo para propósitos de planificación. El costo real puede ser diferente.
Use una hoja adicional si es necesario para enumerar todos los servicios que son parte de esta Enmienda del Plan.

Explicación de cómo los servicios contribuirán al logro de mi objetivo de empleo:

Este análisis se requiere para todo servicio que haya sido eliminado, actualizado o agregado.

ENMIENDA A LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Descripción de cómo y cuándo será evaluado mi progreso:

(Si tiene planes para trabajar por su propia cuenta, también describa los criterios que servirán de base para determinar cuándo se considerará estable su desempeño en el trabajo).

ENMIENDA A LOS SERVICIOS DE POSTEMPLO

_____ No se espera necesitarlos _____ Comuníquese con RS si se necesitan

SECCIÓN DE ENMIENDA O ADICIÓN DE EMPLEO CON APOYO

Esta parte debe llenarse cuando el tipo de plan se modifique de un plan de empleo normal a un plan de empleo con apoyo.

Descripción de los criterios que serán empleados para determinar que mi desempeño en el trabajo es estable.

Descripción de cómo y cuándo será evaluado mi progreso.

Descripción de los servicios extendidos esperados y el apoyo continuo necesarios.

Cómo será identificado y suministrado el apoyo continuo extendido:

Por favor, tenga en cuenta: Toda capacitación para el trabajo suministrada en este Plan de Empleo con Apoyo será suministrada en el sitio de trabajo, en un entorno comunitario integrado.

SECCIÓN DE ENMIENDA O ADICIÓN DE BOLETA DE TRABAJO

(Escoja una).

_____ Comprendo que al firmar este plan autorizo que mi Boleta de Trabajo se asigne a Servicios de Rehabilitación.

_____ Ya firmé para que mi Boleta de Trabajo se asigne a otra Red de Empleo y los autorizo a ustedes a comunicarse con dicha red para coordinar los servicios antes de finalizar mi plan con Servicios de Rehabilitación. A continuación indico el nombre de mi Red de Empleo:

□ ENMIENDA A LAS SECCIONES OPTATIVAS DEL ACUERDO DE PARTICIPACIÓN

Las responsabilidades que marque a continuación formarán parte de mi plan.

- Mantener un promedio académico mínimo de 2.0 o más si es necesario para entrar a un campo de estudio profesional.
- Colaborar con la institución educativa para analizar mi expediente y desarrollar un plan para reunir los requisitos necesarios para el título o certificado después del primer año de estudios, cuando vaya a cambiarme a otra institución educativa o cuando esté pensando cambiar de especialidad en mis estudios. Hablar con mi consejero antes de realizar cualquier cambio.
- Cumplir 30 horas de créditos por año. Mantenerme matriculado a tiempo completo si asisto a un programa de capacitación vocacional o técnica.
- Mantener en buen estado y reparar el equipo y los dispositivos tecnológicos de asistencia.
- Proporcionar copias de todo aviso que reciba en relación con mi desempeño en cualquiera de las clases y notificar a mi consejero cualquier cambio en el estado de mi ayuda económica.
- Devolver las herramientas, el equipo o los materiales adquiridos para mi plan o trabajo si ya no los necesito para estos propósitos.
- Proporcionar mis calificaciones del semestre anterior para que mi consejero pueda autorizar los fondos para el siguiente semestre.
- Otro _____
- Rembolsar a RS los fondos provenientes de la venta de libros de texto al final del semestre.
- Otro _____
- Hablar con mi consejero antes de dejar o abandonar una clase.

□ ENMIENDA AL ESTADO DE MIS NECESIDADES ECONÓMICAS

¿Requiere esta enmienda que se haga una actualización o que se llene un nuevo Estado de Necesidades Económicas?

Sí No

Si respondió “Sí”, marque todas las opciones que correspondan:

- Cambio en el estado de la situación económica del usuario.
- El usuario está aprobado para Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI por sus siglas en inglés) o Beneficios de Seguro Social por Incapacidad (SSDI por sus siglas en inglés).
- La adición de servicios está sujeta a las necesidades económicas.

MI PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA ENMIENDA A ESTE PLAN

Participé en la toma de decisiones relacionadas con este plan. Tuve alternativas entre las cuales elegir tanto en relación con mi objetivo de empleo como en cuanto a los pasos y servicios necesarios para lograr el mismo. También tuve alternativas en cuanto a quiénes proporcionarán los servicios. Se me han explicado y asignado mis derechos y responsabilidades. Comprendo que recibiré una copia de mi plan.

Firma del consejero

Fecha

Mi firma o la de mi tutor

Fecha