

Departamento de Niños y Familias  
Servicios de Rehabilitación

**Plan Individual para  
Experiencia de Trabajo de Prueba o Evaluación Extendida  
Para**

---

**PROPÓSITO DE ESTE PLAN**

El propósito de este plan es explorar mis habilidades y capacidades para determinar si puedo beneficiarme recibiendo servicios de rehabilitación vocacional en términos de que el resultado sea la obtención de empleo.

**EXPERIENCIA DE TRABAJO DE PRUEBA**

En este plan, se evaluará mi capacidad de desempeño en un medio de trabajo competitivo e integrado.

**EVALUACIÓN EXTENDIDA**

Se escoge el método de evaluación extendida. Mi consejero y yo hemos determinado que no puedo aprovechar las experiencias de trabajo de prueba o que se han agotado mis alternativas de participación en dichas experiencias.

**Plazo para llevar a cabo este plan:** \_\_\_\_\_

**Para participar en este plan, tomaré los siguientes pasos:**

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

---

---

---

---

**SERVICIOS NECESARIOS**

*(Proporcione sólo la descripción de los servicios necesarios para este plan. Tache las secciones no utilizadas).*

Código de Servicio: 365      Tipo de servicio: *Asesoramiento y orientación – general*  
Descripción: *Información y orientación para ayudarme a elegir alternativas y a participar en mi plan.*

Servicio suministrado por: *Mi Consejero de Servicios de Rehabilitación*

Fechas de vigencia: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Costo estimado: \_\_\_\_\_ Sin costo \_\_\_\_\_

Fuentes de fondos: X 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) \_\_\_\_\_

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.  
Los servicios se suministrarán en el medio más integrado posible.

*Use una hoja adicional si es necesario para enumerar todos los servicios que son parte de este plan.*

**Explicación de cómo los servicios contribuirán a la evaluación de mi capacidad de beneficiarme de los servicios en términos de la obtención de empleo:**

---

---

---

---

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Descripción de cómo y cuándo será evaluado mi progreso:

---

---

---

---

## ACUERDO DE PARTICIPACIÓN PARA EL TRABAJO DE PRUEBA O LA EVALUACIÓN EXTENDIDA

### Toda persona que reciba los servicios de VR goza de los siguientes derechos: Tengo derecho a:

Recibir servicios de VR sin ser objeto de discriminación por mi raza, color, religión, edad, incapacidad, país de origen, ascendencia o sexo. (Los servicios que RS puede proporcionar dependen de la disponibilidad de fondos estatales y federales y de la existencia de otros programas que puedan proporcionar los servicios que necesito).

Tomar decisiones bien fundamentadas acerca de los servicios que recibiré, quiénes los proporcionarán y cómo se obtendrán.

Participar activamente en el desarrollo de mi plan y en cualquier cambio que se haga al mismo antes de ponerse en vigor.

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

Firmar y recibir una copia por escrito de mi plan y de cualquier cambio hecho al mismo.

Participar en la evaluación de mi plan para tener la seguridad de que aún es el mejor plan para evaluar si cualifico.

Participar en evaluaciones para determinar el progreso que he logrado.

Recibir información en mi idioma materno o modo de comunicación natural.

Recibir servicios del Programa de Ayuda a Usuarios (CAP por sus siglas en inglés) si necesito más información o aclaraciones acerca de mi plan, si no estoy satisfecho con los servicios o si necesito información acerca de mis derechos de apelación (evaluación administrativa, arbitraje o audiencia imparcial). Puedo comunicarme con el CAP en el Centro de Derechos de Discapacitados (Disability Rights Center), llamando libre de cargos al 1-877-776-1541 ó 1-877-335-3725 (teléfonos de texto o teletipos).

### Toda persona que reciba servicios de VR está sujeta a las siguientes responsabilidades: Tengo la responsabilidad de:

Llevar a cabo mi plan de la mejor forma posible.

Acudir a las citas y participar en las actividades acordadas. Comunicarme con mi consejero si necesito cambiar la fecha u hora de una cita.

Hablar con mi consejero **con anticipación** antes de interrumpir cualquiera de las actividades planificadas.

Obtener **autorización previa por escrito** de mi consejero antes de comprar cualquier bien o servicio que vaya a ser pagado con fondos de RS y suministrar los recibos correspondientes cuando se requiera.

Proporcionar información de mi situación económica según sea necesario, solicitar ayuda

económica u otros beneficios y ayudar a pagar el costo de los servicios recibidos de acuerdo con mis necesidades económicas. Usar fondos de mi familia, seguro, Seguro Social, Subsidios PELL, becas o cualquier otro fondo para el cual pueda cualificar para ayudar a pagar los servicios.

Seguir consejos médicos, planes de tratamiento y otras instrucciones de profesionales, así como cooperar con los proveedores de servicios que estén tratando de ayudarme con servicios o en la búsqueda de empleo.

Comunicarme con mi consejero:

\_\_\_ Si me mudo a otro domicilio.

\_\_\_ Si cambia mi número de teléfono.

\_\_\_ Si deseo cambiar cualquier aspecto de mi plan.

- \_\_\_ Si hay un cambio en mi situación económica.
- \_\_\_ Si hay un cambio en mi situación laboral, por ejemplo, si ya no estoy trabajando, si me despiden, si me ascienden o si cambio de empleo.

Cuando encuentre trabajo, proporcionaré a mi consejero la información relacionada con el nombre de mi empleador, mi salario, la cantidad de horas de trabajo, el puesto y los beneficios.

***Las responsabilidades que marque a continuación formarán parte de mi Plan de Empleo Individual.***

- \_\_\_ Mantener un promedio académico mínimo de 2.0 o más si es necesario para entrar a un campo de estudio profesional.
- \_\_\_ Cumplir 30 horas de créditos por año. Mantenerme matriculado a tiempo completo si asisto a un programa de capacitación vocacional o técnica.
- \_\_\_ 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.
- \_\_\_ Proporcionar mis calificaciones del semestre anterior para que mi consejero pueda autorizar los fondos para el siguiente semestre.
- \_\_\_ Rembolsar a RS los fondos provenientes de la venta de libros de texto al final del semestre.
- \_\_\_ Hablar con mi consejero antes de dejar o abandonar una clase.

- \_\_\_ 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.
- \_\_\_ Mantener en buen estado y reparar el equipo y los dispositivos tecnológicos de asistencia.
- \_\_\_ Devolver las herramientas, el equipo o los materiales adquiridos.
- \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MI PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE ESTE PLAN**

Participé en la toma de decisiones relacionadas con este plan. Tuve alternativas entre las cuales elegir tanto en relación con los pasos como con los servicios que son parte de este plan. 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.

**Comprendo que la información de evaluación que resulte de mi participación en este plan se utilizará para determinar si cualifico para los servicios de rehabilitación vocacional. Sólo se suministrarán los servicios necesarios para llegar a esta determinación.** Comprendo que el suministro de servicios dentro de este plan puede tomar más de 60 días. Por lo tanto, estoy de acuerdo en extender el plazo para que se determine si cualifico al terminar este plan.

\_\_\_\_\_  
Firma del consejero

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Mi firma o la de mi tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha