



Department of Workforce Services
del Estado de Utah
**SOLICITUD DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL
Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Número de seguro social: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Género: Masculino Femenino Prefiero no comunicarlo Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal:
(si es diferente al domicilio) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono secundario: _____

Correo electrónico: _____

RAZA (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

Negro/Afro-americano Hawaiano/isleño del Pacífico

Blanco/caucásico Asiático

Nativo americano/nativo de Alaska Prefiero no identificarla

ETNICIDAD

Hispano/latino No hispano/latino

IDIOMA

Lenguaje de señas americano estadounidense (ASL, por sus siglas en inglés) Inglés Español

Otro (especificar): _____

PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN

Lenguaje de señas estadounidense (ASL, por sus siglas en inglés) Letra grande Táctil

Cinta de audio Habilidades lingüísticas mínimas Comunicación total

Braille Oral

Necesidades comunicativas específicas: _____

ESTATUS DE VETERANO

Veterano: Sí No Tipo de baja: _____

ALOJAMIENTO/VIVIENDA

Residencia privada (por sí mismo, con su familia u otras personas) Centro de tratamiento para el abuso de sustancias

Centro correccional juvenil o de adultos Centro de salud mental

Residencia comunitaria/hogar comunitario Residencia de personas mayores/Centro Geriátrico

Refugio para personas sin hogar Centro de rehabilitación

Centro de reinserción social Otro (especificar): _____

ESTADO CIVIL Casado Nunca estuvo casado Divorciado Separado Viudo****SI NO ES UN CIUDADANO ESTADOUNIDENSE, LLEVE SU DOCUMENTO DEL USCIS (Servicio de ciudadanía e Inmigración) A SU CITA**** Sí, soy un ciudadano estadounidense No soy un ciudadano estadounidense, pero tengo una tarjeta de autorización de empleo del USCIS No soy un ciudadano estadounidense, pero tengo una tarjeta de residencia permanente del USCIS No soy un ciudadano estadounidense, otro

Traiga su identificación con foto N.º de ID _____

FUENTE DE REFERENCIA

¿Quién lo refirió a la Rehabilitación Vocacional (VR por sus siglas en inglés)? _____

¿Cuál es el motivo por el que se le recomendó aplicar? _____

FINANZAS

¿Cuál es su principal fuente de ingresos en la actualidad? _____

SI RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES BENEFICIOS, CALCULE LA CANTIDAD/LOS MONTOS A CONTINUACIÓN Seguro de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)

por la edad \$ _____

 SSI por ceguera \$ _____ SSI por discapacidad \$ _____ Seguro para Discapacitados del Seguro Social Discapacitados (SSDI)

\$ _____

 Beneficios por discapacidad para veteranos \$ _____ Asistencia general \$ _____ Otro (especificar): \$ _____**SEGURO MÉDICO** Medicaid Medicare Otro público (PCN, WC, etc.) Sin seguro Seguro privado mediante un empleador Otro seguro privado No elegible mediante el empleador**HISTORIAL LABORAL******SI TIENE UN CURRÍCULUM, LLEVE UNA COPIA A SU CITA. FAVOR DE COMPLETAR EL HISTORIAL LABORAL A CONTINUACIÓN**

¿Trabaja actualmente?

Sí No **FAVOR DE COMPLETAR SU HISTORIAL LABORAL EN ORDEN COMENZADO CON SU TRABAJO MÁS RECIENTE**

Puesto de trabajo: _____ Fecha de inicio: _____ Horas de trabajo por semana: _____

Salario: _____ Empleador: _____ Fecha de terminación: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tareas laborales: _____

Razón de terminación de empleo: _____

Puesto de trabajo: _____ Fecha de inicio: _____ Horas de trabajo por semana: _____
Salario: _____ Empleador: _____ Fecha de terminación: _____
Dirección del empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Tareas laborales: _____

Razón de terminación de empleo: _____

Puesto de trabajo: _____ Fecha de inicio: _____ Horas de trabajo por semana: _____
Salario: _____ Empleador: _____ Fecha de terminación: _____
Dirección del empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Tareas laborales: _____

Razón de terminación de empleo: _____

CONTACTOS

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
Contacto no familiar: _____ Número de teléfono: _____
Tutor legal: _____ Número de teléfono: _____
Otro contacto: _____ Número de teléfono: _____
Oficial de libertad condicional: _____ Número de teléfono: _____

****SI TIENE ANTECEDENTES PENALES, LLEVE LA INFORMACIÓN (CARGOS/FECHAS)
A SU CITA PARA ANALIZARLOS CON SU CONSEJERO****

EDUCACIÓN

¿Cuál es su nivel educativo más alto? _____ ¿Cuándo fue a la escuela por última vez? _____
¿Está actualmente inscrito en la escuela? _____
Si la respuesta es sí, _____
¿Cuál es el nombre de la escuela? _____
Si asiste a la escuela, _____
¿Quién es su contacto principal en la escuela? _____
¿Tiene alguna certificación vigente? _____

¿ES USTED UN ESTUDIANTE CON DISCAPACIDAD QUE ASISTE A LA ESCUELA SECUNDARIA?

- Estudiante de escuela secundaria con un plan de educación individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)
- Estudiante de escuela secundaria secundaria con un plan 504
- Estudiante de escuela secundaria con un IEP y un plan

SI ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS, ENUMÉRELOS A CONTINUACIÓN

- 1. _____ Motivo por el cual está recetado _____
- 2. _____ Motivo por el cual está recetado _____
- 3. _____ Motivo por el cual está recetado _____
- 4. _____ Motivo por el cual está recetado _____

En la actualidad, ¿toma sus medicamentos recetados? Sí NO

Si la respuesta es no, ¿por qué?

****ENUMERE CUALQUIER MEDICAMENTO ADICIONAL Y EL MOTIVO POR EL CUAL FUE RECETADO EN UNA HOJA DE PAPEL APARTE PARA SU CONSEJERO****

INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nombre del profesional (médico, psicólogo, otro) que conoce su discapacidad y provee el tratamiento:

Fechas de tratamiento: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Razón de terminación: _____

Nombre del profesional (médico, psicólogo, otro) que conoce su discapacidad y provee el tratamiento:

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Razón de terminación: _____

Nombre del profesional (médico, psicólogo, otro) que conoce su discapacidad y provee el tratamiento:

Fechas de tratamiento: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Razón de terminación _____

de empleo:

INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDADES

¿Cuáles son sus discapacidades actuales? _____

¿Cómo afectan sus discapacidades a su posibilidad de trabajar?

NOTAS DEL CONSEJERO:

Firme la solicitud luego de leer la siguiente información.

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD: La información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi saber y entender. Se concede el permiso a Utah State Office of Rehabilitation de realizar las indagaciones necesarias para verificar estas declaraciones, incluido el intercambio de información con el Department of Workforce Services. Al solicitar los servicios de rehabilitación vocacional, comprendo que es necesario obtener información personal. La autoridad para obtener esta información proviene de la Regulación Federal 34 del CFR 361.38(a) (1) (iii). Comprendo que la recopilación de esta información es necesaria para determinar la elegibilidad y, por lo tanto, es obligatoria. El hecho de no proporcionar la información solicitada puede afectar la elegibilidad para los servicios de rehabilitación vocacional. Entiendo que mi consejero tiene 60 días desde la fecha que entregue la solicitud completa para determinar la elegibilidad, pero que pueden surgir circunstancias en las que esta información no pueda obtenerse dentro de este plazo. Acepto firmar una solicitud para extender el plazo de determinación de elegibilidad si deseo que se extiendan los 60 días.

REDES SOCIALES: comprendo que, en relación con los servicios de Vocational Rehabilitation que se proveerán, es posible que mi consejero acceda a mis perfiles y publicaciones de redes sociales.

CONFIDENCIALIDAD: comprendo que la información sobre mí es confidencial y está protegida bajo las normativas estatales y federales, así como bajo los códigos profesionales de ética que rigen la confidencialidad. Reconozco que esta información no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las normativas estatales y federales. Sin embargo, comprendo que, al firmar este formulario, acepto que es posible que se divulgue información sobre mí a las agencias o personas pertinentes sin mi consentimiento informado para cumplir con mi plan de rehabilitación vocacional y mis objetivos de inserción laboral, y comprendo que se me notificará sobre estas agencias o personas. Autorizo el intercambio de información entre la Oficina de Rehabilitación Vocacional del Estado de Utah (USOR, por sus siglas en inglés) y otras entidades, incluyendo el Departamento del Trabajo (DWS, por sus siglas en inglés), solo para el uso de la Oficina de Rehabilitation Vocational, según sea necesario, para determinar la elegibilidad y los servicios adecuados para la administración de su programa. Además, entiendo que, cuando se cierre mi caso de rehabilitación vocacional, es posible que mi información personal se envíe a una red de empleo que esté asociado con la Oficina de Rehabilitación Vocacional en virtud de un acuerdo de "Partnership Plus" con el fin de prestar y coordinar otros servicios para los que pueda ser elegible.

EN CASO DE TENER UN PROBLEMA: Entiendo que un representante del Programa de Asistencia al Cliente (CAP, por sus siglas en inglés) está disponible para servir como mi asesor y abogar por mí en cualquier momento. Podré llamar a la línea gratuita (1-800-662-9080) para comunicarme con el Programa de Asistencia al Cliente (CAP) ubicado en 205 North 400 West, Salt Lake City, Utah 84103.

Entiendo que tengo la oportunidad de solicitar una revisión oportuna de cualquier determinación que realice mi asesor de rehabilitación. Si no estoy satisfecho con la prestación o denegación de los servicios de rehabilitación vocacional, puedo solicitar una revisión escrita o verbal de una determinación, o mediación con respecto a una determinación, a mi asesor, al supervisor inmediato, al director del distrito o a la: Division of Rehabilitation Services, Administration Office, 1595 W 500 S, P.O. Box 144200, Salt Lake City, Utah 84114-4200. Si solicito la mediación, mi mediador será elegido al azar de una lista de mediadores calificados, a menos que la Oficina de Rehabilitación Vocacional del Estado de Utah y yo acordemos utilizar un oficial de audiencia en particular.

NO DISCRIMINACIÓN: Comprendo que los servicios de este programa se proporcionan sin discriminación de sexo, raza, edad, religión, color o nacionalidad de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, según su modificación, y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA, por sus siglas en inglés). La agencia también garantiza que no se excluirá a ningún grupo de personas ni se determinará que no son elegibles únicamente en función del tipo de discapacidad.

He completado esta solicitud en su formato original y entiendo que cualquier alteración a esta solicitud la dejará sin efecto. Entiendo que debo proporcionar una prueba de identidad y que puedo ser empleado legalmente en los Estados Unidos. He leído (o me han leído), entiendo y acepto lo mencionado anteriormente.

/s/ _____
Firma del solicitante/representante **Fecha**

/s/ _____
Firma del padre (si el solicitante es menor de edad) **Fecha**

/s/ _____
Firma del asesor (revisada y aceptada) **Fecha**

A proud partner of the  **americanjobcenter** network

Programa/empleador de igualdad de oportunidades

Las personas con discapacidad pueden solicitar ayudas (adaptaciones) y servicios auxiliares llamando al 801-526-9240. Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla pueden llamar a Relay Utah al 711. Relay Utah en español: 1-888-346-3162.



Department of Workforce Services
del Estado de Utah
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ELECTORAL

Si no está inscripto para votar en su lugar de residencia, ¿desea solicitar su inscripción o preinscribirse hoy?

(La decisión de inscribirse o preinscribirse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará esta agencia).

Sí No

SI NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE O PREINSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Si desea obtener ayuda para completar el formulario de inscripción electoral, lo ayudaremos.
La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o preinscribirse o a rechazar inscribirse o preinscribirse para votar, en su derecho a la privacidad a la hora de decidir si se inscribe o preinscribe, o de solicitar inscribirse o preinscribirse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una denuncia ante la Office of the Lieutenant Governor, State Capitol Building, Salt Lake City, Utah 84114.

A proud partner of the  **americanjobcenter** network

Programa/empleador de igualdad de oportunidades

Las personas con discapacidad pueden solicitar ayudas (adaptaciones) y servicios auxiliares llamando al 801-526-9240. Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla pueden llamar a Relay Utah al 711. Relay Utah en español: 1-888-346-3162.