

**Departamento de Empleo, Capacitación y Rehabilitación de Nevada
Solicitud para Servicios de Rehabilitación Vocacional**

Número de Seguridad Social	Número de Caso (Solo para uso de la Oficina)

Apellido	Nombre	IM	Nombre(s) Anteriores

Dirección Actual	Depto.	Ciudad	Estado	Código Postal

Dirección Postal (si difiere de la anterior)	Ciudad	Estado	Código Postal

País	Teléfono	Nro. De celular	Fecha de nac.	Correo electrónico
	()	()		

Condición de Veterano

- No es Veterano
- Servicio Activo (Menos de 180 Días)
- Servicio Activo (180 Días o Más)
- Cónyuge de Veterano
- No desea revelar

¿Es usted ciudadano?

- Sí No

Si No, ¿tiene Tarjeta de Registro de Extranjeros?

- Sí No

¿Tiene un Permiso de Trabajo?

- Sí No

Raza / Etnia (Marcar al menos uno)

- Indígena Americano / Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/ Afroamericano
- Hispano / Latino
- Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico
- Blanco

Transición / Capacitación (Solo Estudiantes en Transición)

Nivel de Grado Actual _____

Nombre de la Escuela _____

Condado _____

Escuela fuera del Estado _____
Si concurre a una escuela fuera de Nevada

Nombre de Contacto y Número de Teléfono

Ingrese la información de contacto de alguien cuyo número de teléfono sea diferente al suyo y que pueda darle un mensaje a usted.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Ingrese la información de contacto de alguien que NO vive en su casa.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Solo para uso de la Oficina - Recibido por:

Representante de la Agencia
Fecha de recepción

Habilidades lingüísticas (Marque uno para cada opción)**Género**Inglés leído Funcional Limitado No sabe MasculinoInglés hablado Funcional Limitado No sabe Femenino

Idioma Primario _____

 No desea identificarse**¿Quién lo refirió?****Residencia Actual** Seguridad Social o Servicios de Determinación de Discapacidad Residencia Privada (Hogar, con Familia o Compañero de cuarto) Policía, Sistema Penal o Judicial Centro de Salud Mental Universidad, Colegio, Escuela Técnica o Vocacional Centro de Tratamiento por Abuso de Substancias Escuela Primaria o Secundaria Hogar grupal Job Connect or Compensación Laboral Hogar de Ancianos Auto-Referencia, Amigo o Familia Casa de Transición Administración de Veteranos Centro de Rehabilitación Doctor, Hospital o Centro de Salud Mental Prisión / Establecimiento Penitenciario para Adultos Programa de Rehabilitación en su Comunidad Sin Techo / Albergue Bienestar Social o Agencia de Asistencia Pública Otro _____**Estado Civil****Condado donde se atiende** Soltero/a Divorciado/a Carson City Lincoln Casado/a Viudo/a Churchill Lyon Separado/a Clark Mineral**Estado como Votante** Douglas Nye Actualmente Registrado Elko Pershing No Elegible Esmeralda Storey No está Interesado Eureka Washoe**¿Le gustaría registrarse para votar hoy?** Humboldt White Pine No Sí Nro. Formulario _____ Lander**Datos del Hogar**

Ingreso Mensual Bruto Familiar \$ _____ Ingreso Mensual de los Padres (Si es menor de 18) \$ _____

Cantidad de Familia / Hogar _____ Número total de Dependientes en la Familia _____

Nombre _____ Edad _____ Relación _____ Ocupación _____

Nombre _____ Edad _____ Relación _____ Ocupación _____

Nombre _____ Edad _____ Relación _____ Ocupación _____

Nombre _____ Edad _____ Relación _____ Ocupación _____

Nombre _____ Edad _____ Relación _____ Ocupación _____

Fuente Principal de Ingresos

- Ingreso Personal (Ganancias, Intereses, Dividendos, Renta)
- Ingreso del Cónyuge o Apoyo Familiar y de Amigos
- Institución Pública - Financiada con Impuestos
- Asistencia Pública (SSDI SSI, TANF, etc.)
- Anualidad o Beneficio que no sea por Discapacidad
- Agencia Privada de Ayuda
- Compensación Laboral

Seguro Médico

- Medicaid Medicare
- No Elegible Aún
- Seguro Público de Otras Fuentes
- Seguro Privado a través de su Propio Empleo
- Seguro Privado a través de otros Medios (Cónyuge, Padre)
- Ley Estatal o Federal de Atención Asequible
- Compañía de Seguros _____

Recibe SSDI (Seguro Social por Discapacidad) o SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad)

- | | | | | | |
|------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| No es Solicitante | <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> SSI | Beneficios Denegados | <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> SSI |
| Beneficios Otorgados | <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> SSI | Solicitud Pendiente | <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> SSI |
| Beneficios Finalizados | <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> SSI | Desconoce | <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> SSI |

¿Está recibiendo usted alguno de los Sigüientes? Si sí, por favor indique el monto MENSUAL.

- | | | | |
|---|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> SSDI (Seguro Social por Discapacidad) | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia General / Pública | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad) | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Beneficios por Discapacidad para Veteranos | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> TANF (Asist.Temporal para Flias Necesitadas) | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Compensación Laboral | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otro tipo de Asistencia Pública (Especificar): | _____ | | \$ _____ |

Identificación: Por favor proporcione Verificación para la Sigüiente Identificación**Lista A: Proporcione Uno de Esta Lista**

- ▶ Pasaporte de los Estados Unidos
- ▶ Certificado de Ciudadanía de los Estados Unidos
- ▶ Certificado de Naturalización
- ▶ Tarjeta de Registro de Extranjeros con Foto
- ▶ Pasaporte Extranjero Vigente con Permiso de Trabajo adjunto

O**Listas B y C: Proporcione Uno de la Lista B Y Uno de la Lista C.**

- | | |
|----------|---|
| Lista B: | ▶ Licencia de Conducir del Estado o Tarjeta ID del Estado con foto e Información (Nombre, Sexo, Fecha de nacimiento, Altura, Peso y Color de Ojos |
| | ▶ Tarjeta de Identificación Militar de EEUU Y |
| Lista C: | ▶ Tarjeta de Seguridad Social Original para ser Examinada durante la Admisión |
| | ▶ Certificado de Nacimiento emitido por el Estado, Condado o Autoridad Municipal |
| | ▶ Permiso de Trabajo Vigente del INS |

Educación: ¿Cuál es el Nivel más Alto de Educación? Por favor marque uno.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna Escolarización Formal | <input type="checkbox"/> Alguna Educación Especial, Sin Certificado de Finalización |
| <input type="checkbox"/> Educación Primaria (Grados 1 - 8) | <input type="checkbox"/> Certificado de Finalización / Asistencia de Educación Especial |
| <input type="checkbox"/> Completó Grado 9 | <input type="checkbox"/> Algunos años de Colegio, Vocacional o Técnico (Sin Título) |
| <input type="checkbox"/> Completó Grado 10 | <input type="checkbox"/> Obtuvo Licencia / Certificado Vocacional / Técnico |
| <input type="checkbox"/> Completó Grado 11 | <input type="checkbox"/> Diplomatura Escuela _____ |
| <input type="checkbox"/> Completó Grado 12 (Sin Diploma de Secundaria) | <input type="checkbox"/> Bachiller Escuela _____ |
| <input type="checkbox"/> Obtuvo el Diploma de Escuela Secundaria o Certificado Equivalente | <input type="checkbox"/> Máster Escuela _____ |
| <input type="checkbox"/> Aún en Esc. Secundaria | Nombre ES _____ Grado Actual _____ |

- Mientras en la Escuela, tuvo alguna vez:
- Programa Individualizado de Educación (IEP) Sí No
- Sección 504 Plan de Adaptación? Sí No

Adaptaciones para la Comunicación

Aparatos auxiliares disponibles previa solicitud si son necesarios para una comunicación eficaz

Letra Normal Braille Letra Grande
 Intérprete ASL
 Otro (Especificar) _____

Medios de Transporte Primarios

Vehículo Personal Transporte Público
 Otro

Situación Laboral al momento de la Solicitud

Ama de Casa Empleo Competitivo
 Autónomo Desempleado
 Aprendiz/Pasante/Voluntario Salario Submínimo

Último año trabajado _____

Si está empleado, ¿Cuántas Horas Por Semana Trabaja? _____

Si está empleado, ¿Cuál es su Ingreso Bruto Semanal? \$ _____

Información sobre Delitos

¿Alguna vez ha sido condenado por un Delito?

Sí No

Oficial de Libertad Condicional _____

Número de Teléfono _____

Detalles: _____

¿En qué manera puede el Bureau ayudarlo? ¿Qué tipo de Servicios Relacionados con el Empleo está buscando?

Historial de Trabajo e Información de Empleo

Si está empleado, ¿cuántas horas por semana? _____ Salario/hora \$ _____ Marque aquí si no tiene historial de trabajo |

Nombre del Empleador _____

Dirección del Empleador _____

Tareas _____

Posición que tuvo _____

Motivo para irse _____

Fechas de Empleo Desde (Mes/Año) _____ A (Mes/Año) _____

Nombre del Empleador _____

Dirección del Empleador _____

Tareas _____

Posición que tuvo _____

Motivo para irse _____

Fechas de Empleo Desde (Mes/Año) _____ A (Mes/Año) _____

Nombre del Empleador _____

Dirección del Empleador _____

Tareas _____

Posición que tuvo _____

Motivo para irse _____

Fechas de Empleo Desde (Mes/Año) _____ A (Mes/Año) _____

Discapacidad e Información Médica

¿Cuál es la condición médica primaria, lesión, deficiencia / discapacidad física o mental que limita su capacidad de trabajar? _____

¿Cuándo comenzaron estas deficiencias / discapacidades (mes / año)? _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Discapacidad Cognitiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por Alcohol u Otra Droga | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular |
| <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Sordo / Ciego | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Sordo o Dificultades Auditivas | <input type="checkbox"/> Trastorno Miofascial |
| <input type="checkbox"/> Desorden de Déficit de Atención | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Post Paraplejia or Quadriplejia |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno de Estrés Post Traumático |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la Espalda | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Alergias Respiratorias / Pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Ceguera o Deficiencia Visual | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Artritis Severa |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Discapacidad Específica en el Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Lesión en la Médula Espinal |
| <input type="checkbox"/> Túnel Carpiano (Uso Repetitivo) | <input type="checkbox"/> Disfunción en la Cadera / Rodilla/ Otra Articulación | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral (CP) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Médico / Profesional Médico Actual

- Nombre y Dirección _____
Tipo de Médico _____
Nro. De Teléfono / Fax _____
- Nombre y Dirección _____
Tipo de Médico _____
Nro. De Teléfono / Fax _____
- Nombre y Dirección _____
Tipo de Médico _____
Nro. De Teléfono / Fax _____

Hospitalizaciones

- Nombre del Hospital _____
Dirección del Hospital _____ Motivo _____
- Nombre del Hospital _____
Dirección del Hospital _____ Motivo _____

Lista de Medicamentos

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Nombre del Medicamento _____ | 4. Nombre del Medicamento _____ |
| 2. Nombre del Medicamento _____ | 5. Nombre del Medicamento _____ |
| 3. Nombre del Medicamento _____ | 6. Nombre del Medicamento _____ |

INFORMACIÓN PERSONAL CONFIDENCIAL

El Bureau de Rehabilitación Vocacional (Bureau) es una Agencia con financiación estatal y federal que asiste a personas con discapacidades para que obtengan o mantengan su empleo. Comprendo que es necesario que el Bureau obtenga información personal en relación con mi programa de rehabilitación.

- ▶ Comprendo que mi elegibilidad y / o provisión de servicios pueden resultar impactados si yo me rehúso a proporcionar información personal solicitada por el Bureau.
- ▶ Comprendo que mi información personal será mantenida confidencial por el Bureau y que no será divulgada a ninguna persona o entidad excepto lo informado en el Formulario de Información y Declaración de Divulgación.

Sección 501(b) de la Ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral del 2014; Sección 12c de la Ley de Rehabilitación de 1973 en su forma enmendada; 29USC711c y 721(a)(6)(A); 34CFR361.38; NRS 426.573, 426.610, 432B.220, 615.280, 615.290 y 629.061.

INFORMACIÓN INEXACTA O ENGAÑOSA

Si usted cree que la información en su registro de servicios es inexacta o engañosa, puede solicitar que el Bureau modifique la información. Si la información no es modificada, la solicitud para una modificación debe estar documentada en el registro de servicios.

RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACCIONES DE TERCEROS

causados a un cliente por un tercero, incluyendo pero no limitado a, proveedores en una lista aprobada que tiene el Bureau, por lo cual específicamente declina toda responsabilidad. Asimismo, el Bureau no renuncia y pretende hacer valer el NRS Capítulo 14 en todos los casos.

COMPARTIR INFORMACIÓN CON ENTIDADES GUBERNAMENTALES

(DETR) de Nevada y con el Departamento de Educación de Nevada (DOE) en lo relacionado con la administración del Programa de Rehabilitación Vocacional; y a los programas centrales bajo la Ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral (WIOA) incluyendo DETR, DOE y las Oficinas Locales de Desarrollo de la Fuerza Laboral y la División de Bienestar y Servicios de Apoyo (DWSS) con el propósito de coordinar servicios y beneficios comparables. También comprendo que Rehabilitación Vocacional tendrá acceso a información sobre la Determinación de Discapacidad de Seguridad Social y mi registros de empleo.

ACUSE DE ACEPTACIÓN

Por favor ponga su inicial en los casilleros correspondientes y firme al final de la solicitud.

_____ He recibido el Formulario de Información y Declaración de Divulgación de la Agencia y me han informado sobre:

- Mi oportunidad de revisar las decisiones hechas por mi Terapeuta de Rehabilitación sobre mi solicitud, elegibilidad y la provisión o rechazo del servicio si no estoy de acuerdo con la decisión. Esto incluye información sobre el Programa de Asistencia al Cliente y los pasos a seguir para solicitar una apelación formal a las decisiones de la agencia.
- Mi Carta de Derechos y Responsabilidades
- Las calificaciones profesionales de los Terapeutas de RV. Estoy de acuerdo en ingresar a una relación de terapia de rehabilitación en este momento.
- La protección, uso y divulgación de información personal y las condiciones bajo las cuales mi información personal puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito.
- Los riesgos de la comunicación electrónica. Acepto intercambiar información sobre mí a través de los siguientes métodos (ponga su inicial en los que apliquen):

Teléfono: _____ Texto
Teléfono: _____ Mensaje de Voz Detallado (VM) _____ VM para Devolver llamada _____ No VM
Email: _____ Comunicación por Email _____ No Enviar Email
Fax: _____ Fax _____ No Enviar Fax
Correo: _____ Solo a la Dirección en el Legajo _____ A Mis Contactos Listados

Al hacer esta solicitud para servicios de Rehabilitación Vocacional, yo reconozco, entiendo y acepto que:

_____ Estoy solicitando servicios de Rehabilitación Vocacional con el propósito específico de obtener y/o mantener un empleo.

_____ adquieren destrezas laborales u obtienen credenciales (como un título universitario) como así también el porcentaje de personas que mantienen su empleo y que cobran salarios después que su caso ha sido cerrado. Para proporcionar esta información, RV debe obtener datos sobre su empleo, salarios y credenciales obtenidas. Por lo tanto, el personal de RV o una asistente personal automatizada llamada "SARA" puede contactarlo a lo largo de la duración de su caso y hasta por un año y medio después que su caso ha sido cerrado. Es importante responder a estos contactos y proporcionar la documentación solicitada.

_____ Es mi responsabilidad informar a mi terapeuta sobre cualquier cambio relacionado con esta solicitud, tales como cambio de dirección, ingreso o empleo.

_____ No seré discriminado por Servicios de Rehabilitación por discapacidad, edad, raza, color, etnia, origen natural, género/sexo, identidad de género, orientación sexual, religión, o afiliación o creencia política.

_____ No hay ningún costo por los servicios que me proporciona directamente el personal de RV. Me solicitarán que proporcione información financiera y mis necesidades financieras serán tomadas en consideración al determinar mi participación en los costos

_____ Si RV paga por bienes o servicios de los cuales soy financieramente responsable, acepto reembolsarle a RV la porción de los costos de los cuales yo soy responsable.

_____ Acepto proporcionar información financiera precisa y acepto las siguientes condiciones:

- Todos los bienes y servicios financiados por RV están enfocados a ayudarme a completar los objetivos del IPE (Plan Individualizado de Empleo) de manera que pueda obtener y mantener un empleo. Acepto ser honesto con respecto a mis necesidades vocacionales al solicitar financiamiento para bienes y servicios, y utilizar los bienes y servicios adquiridos por
- No voy a usar, o permitir que otros usen, los bienes y servicios adquiridos por RV en mi nombre en una forma que podrían no estar disponibles para RV o que pudieran comprometer my habilidad para utilizarlos con los fines previstos.
- Voy a respetar y daré cuenta por todas las políticas relacionadas con el uso de los fondos de RV en mi nombre.
- Proporcionaré toda la documentación requerida por RV. Por ejemplo, recibos, registro de millaje, informes de calificaciones, acuse de recibo de bienes y servicios firmados (RD-87s) etc.

RV no me abonará ni reembolsará por ningún servicio para el cual mi terapeuta no haya emitido una autorización de comprar escrita (nota: la aceptación verbal de proporcionar un servicio o la inclusión de un servicio en mi plan individualizado de empleo no constituye una autorización escrita para la compra.

bienes por los cuales yo era financieramente responsable. El uso inapropiado de bienes o servicios financiados por RV o **no proporcionar la documentación requerida**; tales como registros de millaje, RD-87s, recibos, puede resultar en la suspensión de servicios, en una solicitud de reembolsar a RV por los bienes o servicios, devolución de los bienes y/o cierre del caso. Si aún se le deben fondos a RV de un caso previo, se pueden llegar a suspender nuevos servicios hasta que RV obtenga el reembolso. A sabiendas y deliberadamente retener, ocultar o tergiversar información para obtener o intentar obtener servicios de RV o financiamiento puede ser fraude. Casos serios de fraude o intento de cometer fraude pueden resultar en un inmediato cierre del caso y/o se puede presentar un informe al cuerpo policial para iniciar acciones

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor/ Repr. Legal _____ Fecha _____

Firma del individuo que completó la solicitud si es diferente del anterior _____

Dirección del Padre/Tutor/ Rep. Legal _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____