

SOLICITUD DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL (continuación)

Educación y experiencia laboral

EDUCACIÓN	ASISTIÓ	COMPLETÓ	¿TERMINÓ?
ÚLTIMA escuela secundaria a la que asistió:			
Nombre: _____	Desde: _____	1 2 3 4 5 6 7 8	Sí: <input type="checkbox"/>
Ubicación: _____	Hasta: _____	9 10 11 12	No: <input type="checkbox"/>
¿Recibió servicios de educación especial? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Equivalente de escuela secundaria GED <input type="checkbox"/> USAF <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Fecha: _____			
Escuela de negocios o vocacional:		Fechas de asistencia:	¿Terminó?
Nombre: _____		Desde: _____	Sí: <input type="checkbox"/>
Ubicación: _____		Hasta: _____	No: <input type="checkbox"/>
Campo de estudio: _____			
Educación en College o Universidad: (indique capacitación terciaria adicional en el reverso de esta hoja)		Fechas de asistencia:	¿Terminó?
Nombre: _____		Desde: _____	Sí: <input type="checkbox"/>
Ubicación: _____		Hasta: _____	No: <input type="checkbox"/>
Título recibido: AA <input type="checkbox"/> BA/BS <input type="checkbox"/> MA/MS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Segunda especialización: _____	
Especialización: _____			
Indique toda certificación, capacitación o clases especiales adicionales: _____			

¿Desea registrarse para votar hoy? Sí: No:

EXPERIENCIA MILITAR:

Sí: No:

De ser afirmativo: Rama: _____ Fechas: _____

Baja: Honrosa Médica Deshonrosa

¿Tiene una discapacidad relacionada con el servicio? Sí: ¿Qué porcentaje? _____ No:

Funciones: _____

¿Cuál es su ingreso familiar?

¿Recibe SSI o SSDI? Sí: No: Monto: _____

¿Tiene beneficios médicos? Sí: No:

Seguro de salud: Medicare Medicaid del estado

En caso de seguro de salud, indique de quién: _____

¿Tiene algún medio de transporte? Sí: No:

Vehículo personal: Transporte público: Otro:

¿Participa en algún otro programa de capacitación o reubicación laboral? _____

¿Adeuda alguna multa, sanción o mora de manutención de hijos que podría afectar su capacidad de empleo? Sí: No:

¿Alguna vez fue condenado por un delito mayor? Sí: No:

De ser afirmativo, explique: _____

¿Si actualmente está bajo libertad condicional, quién es el asistente social que se ocupa del seguimiento de la libertad condicional? _____ teléfono: _____

SOLICITUD DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL
Experiencia laboral

ANTECEDENTES LABORALES:

MARQUE AQUÍ SI NO POSEE ANTECEDENTES LABORALES:

Si trabaja actualmente, ¿cuántas horas trabaja por semana? _____ salario por hora _____

Indique su empleo actual o último en primer lugar. Si no tiene más espacio puede continuar en el reverso de esta hoja.

Empleador: _____ Nombre del puesto: _____

Dirección: _____

Funciones laborales: _____

Desde: _____ Hasta: _____ Motivo del cese: _____

Empleador: _____ Nombre del puesto: _____

Dirección: _____

Funciones laborales: _____

Desde: _____ Hasta: _____ Motivo del cese: _____

Empleador: _____ Nombre del puesto: _____

Dirección: _____

Funciones laborales: _____

Desde: _____ Hasta: _____ Motivo del cese: _____

Empleador: _____ Nombre del puesto: _____

Dirección: _____

Funciones laborales: _____

Desde: _____ Hasta: _____ Motivo del cese: _____

Empleador: _____ Nombre del puesto: _____

Dirección: _____

Funciones laborales: _____

Desde: _____ Hasta: _____ Motivo del cese: _____

Empleador: _____ Nombre del puesto: _____

Dirección: _____

Funciones laborales: _____

Desde: _____ Hasta: _____ Motivo del cese: _____

SOLICITUD DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL (continuación)

Anexo de la solicitud

INFORMACIÓN PERSONAL CONFIDENCIAL

La Oficina de Rehabilitación Vocacional es un organismo que recibe financiamiento estatal y federal que ayuda a personas con discapacidad para obtener o mantener el empleo. Entiendo que es necesario que la Oficina reúna información personal en relación con mi programa de rehabilitación. Entiendo que se me solicitará dicha información, con el alcance máximo posible.

Toda la información personal en posesión de la oficina puede utilizarse únicamente con los fines directamente relacionados con la prestación de servicios y la administración del programa conforme al cual se prestan los servicios.

Entiendo que dispongo de dicha información cuando lo solicite por escrito, excepto cuando la Oficina considere que dicha información puede razonablemente causar daño físico o emocional. En este caso, la oficina divulgará dicha información a través de un profesional médico o psicológico calificado o a un representante autorizado.

Toda la información que proporcione está sujeta a verificación y revisión a través de la Administración del Seguro Social.

Entiendo que mi elegibilidad y/o prestación de servicios pueden verse afectados si me niego a brindar información personal que solicite la Oficina.

Entiendo que la oficina mantendrá la confidencialidad de mi información personal y no la divulgará a ninguna otra persona o entidad excepto:

- 1) Cuando se presente un formulario de Divulgación de Información debidamente firmado, condicionado y fechado, o;
- 2) Con fines directamente relacionados con la prestación de servicios y/o la administración del programa de rehabilitación conforme al cual se prestan los servicios.
- 3) Por causas de acuerdo con las normas establecidas y/o cualquier otra ley federal, ley, política o norma estatal aplicables.
- 4) BVR/BSBVI puede intercambiar información con Socios de Job Connect con el fin de programar a las personas que se atienden en las oficinas de Job Connect o colaborar con las personas en su búsqueda laboral.

BVR/BSBVI puede brindar información específica a otros Socios de Job Connect cuando trabaje en colaboración con el socio en representación de la persona. Los socios de Job Connect firman acuerdos de confidencialidad en los que aceptan mantener la confidencialidad de toda la información que se les proporcione.

Entiendo y acepto el intercambio de información con los socios de Job Connect en las actividades de programación, colaboración y colocación laboral.

Sección 504(A) de la Ley de Inversión en Fuerza Laboral de 1998; Sección 12c de la Ley de Rehabilitación de 1973 y sus modificatorias; 29USC711c y 721(a)(6)(A); 34CFR361.38; NRS 426.573,426.610,432B.220,615.280,615.290;629.061

INFORMACIÓN INEXACTA O QUE CONDUCE A ERROR

Si considera que la información de su registro de servicios es inexacta o conduce a error, puede solicitar a la Oficina de Rehabilitación Vocacional que modifique la información. Si no se modifica la información, la solicitud de modificación debe documentarse en el registro de servicios.

RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR ACCIONES DE TERCEROS

El Estado de Nevada, el Departamento de Empleo, Capacitación y Rehabilitación de Nevada, la División de Rehabilitación y la Oficina de Rehabilitación Vocacional y sus funcionarios, agentes, empleados y oficiales electos y designados no son responsables de ninguna manera por los daños ocasionados a un cliente por terceros, incluidos, sin limitación alguna, proveedores de una lista aprobada en poder del Estado de Nevada, Departamento de Empleo, Capacitación y Rehabilitación de Nevada, la División de Rehabilitación y la Oficina de Rehabilitación Vocacional y por el presente se exime específicamente de toda responsabilidad consiguiente. Asimismo, el Estado de Nevada no renunciará y tiene la intención de hacer valer la responsabilidad disponible en NRS capítulo 41 en todos los casos.

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Entiendo que la Oficina de Rehabilitación Vocacional no abonará ningún servicio que mi consejero NO HAYA AUTORIZADO POR ESCRITO. Si mi consejero aprueba un examen médico, esto NO es aprobación de tratamiento o cirugía.

Cuando un médico, hospital, comerciante u otro proveedor no haya recibido la aprobación de mi consejero por anticipado, entiendo que tengo que abonar todos los bienes y servicios por mí mismo.

PARTICIPACIÓN FINANCIERA DEL CLIENTE

Entiendo que se me solicitará brindar información financiera y se considerarán mis necesidades financieras para determinar mi participación en el costo de aquellos servicios de rehabilitación profesional que requieran la erogación de sumas de servicios. No se me solicitará que participe en el costo de los servicios de diagnóstico para evaluar mi potencial de rehabilitación, asesoramiento, orientación y derivación o servicios de colocación.

EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CLIENTE (CLIENT ASSISTANCE PROGRAM, CAP)

El CAP puede brindarle información y asistencia con respecto a los programas y servicios que ofrece la Oficina. CAP puede explicar los servicios disponibles, investigar toda inquietud que pueda tener y asistirlo para resolver sus problemas. Puede llamar a Asistencia al Cliente al (702) 486-6688 o al número gratuito, 1-800-633-9879; o enviar un correo electrónico a CAPS a DETRCAP@NVDETR.org

REVISIÓN DE DESACUERDOS CON RESPECTO A LA PRESTACIÓN O DENEGACIÓN DE SERVICIOS

Si está en desacuerdo con una decisión tomada por su asesor de rehabilitación con respecto a la prestación o denegación de servicios, tiene derecho a que se revise dicha decisión. En primer lugar, debe hablar con su asesor o con el supervisor del asesor sobre sus inquietudes. A continuación, puede comunicarse con el CAP para que lo asista en el proceso de revisión. Tiene el derecho a solicitar una revisión formal de su desacuerdo con la decisión con respecto a la prestación o denegación de servicios. La revisión será llevada a cabo por un funcionario de audiencias imparcial. Debe solicitar una audiencia por escrito. Debe indicar en su solicitud la(s) acción(es) con las que está en desacuerdo. Debe enviar su solicitud por escrito al Jefe de la Oficina de Rehabilitación Vocacional, 1370 S Curry Street, Carson City, NV 89703.

SE ME HA INFORMADO SOBRE LA PROTECCIÓN, USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL. SE ME HA INFORMADO SOBRE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CLIENTE. SE ME HA INFORMADO DE MI POSIBILIDAD DE SOLICITAR LA REVISIÓN DE LAS DECISIONES TOMADAS POR MI CONSEJERO DE REHABILITACIÓN CON RESPECTO A LA PRESTACIÓN O DENEGACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Fecha

Firma

Firma de la persona que completó el formulario si es distinta del solicitante

**SÍRVASE DEVOLVER
I M P O R T A N T E**

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL (continuación)

Documentación de identificación

Además de la solicitud completa, es necesario que traiga la siguiente identificación a su primera cita:

Un (1) elemento de la **Lista A** o un (1) elemento de la **Lista B** y un (1) elemento de la **Lista C**.

Lista A

1. PASAPORTE DE LOS ESTADOS UNIDOS
2. CERTIFICADO DE CIUDADANÍA DE LOS ESTADOS UNIDOS
3. CERTIFICADO DE NATURALIZACIÓN
4. PASAPORTE EXTRANJERO NO VENCIDO CON AUTORIZACIÓN DE EMPLEO ADJUNTA
5. TARJETA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE EXTRANJEROS CON FOTO

Lista B

1. UNA LICENCIA DE MANEJAR POR ESTE ESTADO O UNA TARJETA DE I.D. DEL ESTADO CON FOTO O INFORMACIÓN QUE INCLUYA NOMBRE, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO, ALTURA, PESO Y COLOR DE LOS OJOS.
2. TARJETA DE I.D. DEL EJÉRCITO DE LOS ESTADOS UNIDOS

Lista C

1. TARJETA ORIGINAL DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
2. UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO EMITIDO POR AUTORIDAD DEL ESTADO, CONDADO O MUNICIPAL
3. AUTORIZACIÓN DE EMPLEO NO VENCIDA

ENCUESTA SOBRE SALUD

Fecha: _____ Nombre: _____

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sexo: M F

Esta encuesta sobre salud, que usted completará, le da a su consejero una visión general de sus antecedentes psicológicos y de salud. Proporcione la mayor información detallada posible en el formulario. Puede escribir en la sección de observaciones y en el reverso del documento.

1. ¿Cuáles son sus síntomas o problemas de salud actuales? _____

2. ¿Qué tratamiento, incluida la medicación, recibe para sus problemas de salud u otros síntomas?

3. ¿Cómo limitan sus síntomas o problemas de salud actuales lo que puede hacer en el hogar o en el trabajo?

4. ¿Cuál es el nombre y la dirección de su médico de familia o del médico que lo atendió la última vez? _____

5. ¿En qué fecha visitó al médico por última vez? _____

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL (continuación)
ENCUESTA SOBRE SALUD (continuación)

Nombre: _____

6. Hospitalizaciones anteriores:

<u>Hospital</u>	<u>Fecha</u>	<u>Razón</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. Marque cualquiera de las siguientes que sean o hayan sido un problema de salud para usted.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problema de espalda | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas visuales |
| <input type="checkbox"/> Problema de vejiga o riñón | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales o nerviosos | <input type="checkbox"/> Problemas femeninos | <input type="checkbox"/> Problemas dentales |
| <input type="checkbox"/> Problema estomacal o intestinal | | |

Otro: _____

8. Si es empleado, ¿cuántos días de trabajo perdió el año pasado por enfermedad? _____

9. Indique cuánto de lo siguiente utiliza **por día** (tazas, 1 paquete, cerveza, bebida alcohólica fuerte, vino):

Tabaco: _____

Alcohol: _____

10. Si desea describir cualquiera de los problemas de salud más detalladamente, utilice el espacio a continuación:

A mi mejor saber, esta información es verdadera y correcta.

Firma del solicitante:

Si la completó otra persona distinta del solicitante, firme a continuación.

Relación:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Representante |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Otra | |

Rev: 9/07