



Como aplicar -

Aplicando por servicios VR requiere una serie de pasos:

1. Un individuo proporciona información al personal de VR durante una entrevista de admisión. La información requerida por IDVR es necesaria para iniciar el proceso de evaluación de la elegibilidad.

Y

2. Un individuo que está de acuerdo de que está disponible para completar el proceso de evaluación requerido para determinar elegibilidad para servicios de VR.

Y

3. En la entrevista de admisión, el individuo proporciona a IDVR una hoja firmada y fechada o realiza una solicitud alternativa para la aplicación de IDVR.

El proceso de aplicación está completo cuando todos los pasos se han llevado a cabo.

Es de gran ayuda completar el formulario de admisión adjunto y aportarlo a VR en su primera cita. Sin embargo, no está obligado a completar un formulario de admisión para concertar una cita o reunirse con un consejero de VR.

Póngase en contacto con su oficina local VR si usted tiene preguntad adicionales sobre los requisitos de elegibilidad, el proceso de solicitud, o si desea aplicar para servicios.

¡Esperamos con interés trabajar con usted!

División de Rehabilitación Vocacional de Idaho.



REHABILITACION VOCACIONAL

Formulario de Admisión

(Toda esta información es importante-por favor complete todo)

Soy un cliente anterior de VR: **Si** **No**

Si es si, ¿en dónde? _____

MI INFORMACION PERSONAL:

SS#: _____-_____-_____

Apellido: _____ Nombre: _____

Segundo nombre: _____ Nombre Preferido: _____

Género: **Masculino** **Femenino** **No deseo identificar mi genero**

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Apellido Previo: _____

MI DIRECCION:

Dirección de Residencia:

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Condado: _____

Marque si su dirección postal es la misma que la de su residencia

Dirección Postal:

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono Principal: (____)-____-____ **Voz** **VP** **Fax**

Teléfono Secundario: (____)-____-____ **Voz** **VP** **Fax**

E-mail: _____

ETNICO (debe marcar una):

Hispano/Latino

No Hispano/No Latino

RAZA: (debe marcar al menos una o más de una):

Indio Americano o Nativo de Alaska (Afiliación): _____

Asiático

Negro o Africano-Americano

Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico

Blanco

¿Puede trabajar legalmente en Los Estados Unidos? **Si** **No**

¿Tiene permiso de conducir? **Si** **No**

¿Conduce usted/modo de transporte? _____

¿Necesita ayuda para comunicarse? **Si** **No**

Explique:

Otras Necesidades

¿Es usted su propio tutor legal? **Si** **No**

Nombre de su tutor legal: _____

Número de teléfono de su tutor: _____ **Voz** **VP** **Fax**

CONTACTOS: (Ejemplos: Familia, Amistades, Agente Libertad Vigilada, Trabajador Social, Etc.)

	Nombre	Relación	Teléfono	Ext.#	Voz/VP/ Fax
1.			(____)-____-____		
2.			(____)-____-____		
3.			(____)-____-____		

¿Cuál es su situación de vivienda actual?

Residencia privada (casa, apartamento, vivo con familia)

Centro de Corrección de Adultos

Urbanización/grupo de hogares

Casa de Rehabilitación

Sin Hogar/Refugio

Centro de Salud Mental

Residencia de Ancianos

Otro

Centro Integral de Rehabilitación

Centro de Tratamiento al Abuso de Substancias

Estado Civil: **Casado** **Soltero** **Divorciado** **Separado** **Viudo**

Padre Único: **Si** **No**

(Actualmente padre único con un hijo/a a cargo menor de 18 años o está embarazada)

Quien lo ha dirigido a VR? _____

FINANZAS:

Incluyéndose usted, ¿cuantas personas en su hogar?: _____ Numero de dependientes: _____

Fuente principal de ingresos/ayuda financiera:

Ingreso Personal (Ingresos del trabajo, intereses, dividendos, rentas, jubilación y / o beneficios de jubilación del Seguro Social)

Familia y Amistades

Ayuda Pública (SSI, SSDI, TANF, etc.)

Otras Fuentes (ej. seguro privado de discapacidad, organizaciones benéficas privadas, manutención de los hijos, etc.)

SSDI Situación: permitido Denegado pendiente no candidato

SSI Situación: permitido Denegado pendiente no candidato

SSI Edad: \$ _____ VA: \$ _____ Compensación : \$ _____

SSI Incapacidad: _____ TANF: \$ _____ Otra ayuda pública: \$ _____

SSDI: \$ _____ TANF fecha final: _____

Tengo uno o más de los siguientes seguros médicos:

- No elegible actualmente para seguro privado a través del empresario, pero será elegible para un seguro privado después de un tiempo de empleo
- Medicaid
- Medicare
- Ninguno
- Seguro privado a través de otros medios
- Seguro privado a través de su empresario
- Seguro público a través de otros medios
- Ley de Intercambio para Atención Médica a Bajo Costo Federal o Estatal

NIVEL DE EDUCACION CUANDO FUE REFERIDO

- | | |
|---|---|
| Ninguno | Licenciatura (Bachelor's degree) |
| Educación General (grados 1-8) | Grado de Maestría |
| Educación Secundaria, sin diploma de High School | Algún grado más sobre Maestría (Ph.D., Ed.D., J.D) |
| High School diploma o certificado equivalente (GED) | Certificado Vocacional/Técnico |
| Educación posterior a la secundaria, sin titulo | Credencial Ocupacional sin Licencia (LSW, CPA) |
| Diplomatura (Associate's degree) | Credencial Ocupacional sin Licencia (CRC, LPC, LCASW) |

Fecha de graduación del nivel más alto de educación _____

Si estoy atendiendo a clases, el nombre de la escuela es: _____

Si estoy en la escuela, actualmente estoy en año/grado: _____

(H.S. 9th, 10th, 11th, 12th, 12th/18-21; GED, ABE, Career/Tech-Credited/Non, Postsecondary: 1st, 2nd, 3rd, 4th year; Higher than Bachelor's)

Soy un estudiante con incapacidades en High School: **Si** **No**

Tengo actualmente un Plan 504 Acomodación: **Si** **No**

Tengo actualmente un IEP: **Si** **No**

Qué mes/año comenzó High School: _____

Qué mes/año se graduará: _____

Cuidado tutelar: Si; estoy actualmente en el cuidado tutelar o estuve anteriormente.

No; nunca he estado en el cuidado tutelar.

EMPLEO:

Ultimo día de trabajo: _____

Si trabaja, título del trabajo: _____

Promedio de horas a la semana: _____

Salario: _____ Cada hora Semanal Mensual Anual

Solicito servicios de VR para mantener el trabajo **Si** **No**

Situación de empleo cuando fue referido:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado: recibido notificación de terminación/advertencia | <input type="checkbox"/> 34: Todos los otros estudiantes |
| <input type="checkbox"/> Empleo con ayuda en un entorno integrado | <input type="checkbox"/> No estoy trabajando: Otro |
| <input type="checkbox"/> Empleo sin ayuda en un entorno integrado | <input type="checkbox"/> No estoy trabajando: Estudiante en educación secundaria |
| <input type="checkbox"/> Empleo extendido (empleo no-integrado) | <input type="checkbox"/> No estoy trabajando: Aprendiz, Interno o Voluntario |
| <input type="checkbox"/> Miembro en transición Servicio Militar | <input type="checkbox"/> Trabajo Familiar no Remunerado |
| <input type="checkbox"/> Programa empresa de negocio gestionado por el Estado (BEP) | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia (Excepto BEP) | |

Ama de casa Desplazada **Si** **No** (estaba proporcionando servicios a miembros de la familia mientras depende del ingreso de otro miembro de la familia o debido al servicio militar del cónyuge)

Trabajado Interrumpido **Si** **No** (interrumpido, despedido, o será despedido dado a un cierre permanente; o fin del trabajo por cuenta propia dado a condiciones económicas)

Veterano: **Si** **No**
Activo, sobre 180 días, Hon/Gen Expulsado
Activo, más de 180 días, Hon/Gen Expulsado
No deseo revelar situación militar
Cónyuge de Veterano

Trabajador Agrícola temporal: **Si** **No**
Al menos 50 % de ingreso en trabajo de agricultura jornada media
Los dos ingresos y distancia aplican
La distancia no permite el regreso a casa diario

Participación con otros organismos y servicios en la aplicación:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación Adultos y Programa de Alfabetización (ABE) | <input type="checkbox"/> Adultos, Trabajador Expulsado y Programa Juvenil (DOL) |
| <input type="checkbox"/> Programa Indio Americano VR Servicios | <input type="checkbox"/> Centro Vida Independiente |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección Infantil | <input type="checkbox"/> Programa de Rehabilitación en la Comunidad |
| <input type="checkbox"/> Organizaciones de Consumidores o Grupos de Apoyo | <input type="checkbox"/> DOL Servicios de Empleo |
| <input type="checkbox"/> Instituciones Educativas (elemental/secundario) | <input type="checkbox"/> Programa de Educación (post-secundaria) |
| <input type="checkbox"/> Empresario | <input type="checkbox"/> Redes para Empleo (no figuran) |
| <input type="checkbox"/> Ayuda Federal Estudios (Pell grant, SEOG, estudio, etc.) | <input type="checkbox"/> Agencias para Desarrollo de Incapacidades |
| <input type="checkbox"/> Proveedor Salud Médica (público o privado) | <input type="checkbox"/> Proveedores Salud Mental (público o privado) |
| <input type="checkbox"/> Ninguno, No Servicio o Encontrado Proveedor | <input type="checkbox"/> Otras Fuentes |
| <input type="checkbox"/> Otra Agencia del Estado | <input type="checkbox"/> Otras Agencias del Estado VR |
| <input type="checkbox"/> Otro Programa WIOA (Job Corp, Migrante & Trabajador
Agricultor Temporal) | <input type="checkbox"/> Autoridad de Vivienda Pública |
| <input type="checkbox"/> SSA (Servicio Determinación Discapacidad u Oficina del Distrito) | <input type="checkbox"/> Departamento del Estado Corrección de Justicia
Juvenil |
| <input type="checkbox"/> TANF Programa Estampilla de Comida | <input type="checkbox"/> Administración de Beneficios de Veteranos (VA/VR) |
| <input type="checkbox"/> Administración de Salud para Veteranos | <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores |

Mi Historial de Trabajo:

(Comenzando con los más recientes y también incluya trabajo voluntario)

#1 Empresario: _____

Título del Trabajo: _____

Funciones del trabajo: _____

Horas semanales trabajadas: _____ Salario por hora: _____ Fecha de Comienzo: _____

Fecha de conclusión: _____

Motivo por el cual dejó el trabajo: _____

Como consiguió este trabajo: _____

Que funciones hacia que fueron difíciles de cumplir: _____

Se requería una licencia especial (CNA, CDL, etc.): _____

¿Puede regresar a este trabajo? Si No

Si no es así, Porque: _____

¿Podría alguien en este empleo darle una referencia? Si No

¿Quien? _____

#2 Empresario: _____

Título del Trabajo: _____

Funciones del trabajo: _____

Horas semanales trabajadas: _____ Salario por hora: _____ Fecha de Comienzo: _____

Fecha de conclusión: _____

Motivo por el cual dejó el trabajo: _____

Como consiguió este trabajo: _____

Que funciones hacia que fueron difíciles de cumplir: _____

Se requería una licencia especial (CNA, CDL, etc.):

¿Puede regresar a este trabajo? Si No

Si no es así, Porque: _____

¿Podría alguien en este empleo darle una referencia? Si No

¿Quien? _____

#3 Empresario: _____

Título del Trabajo: _____

Funciones del trabajo: _____

Horas semanales trabajadas: _____ Salario por hora: _____ Fecha de Comienzo: _____

Fecha de conclusión: _____

Motivo por el cual dejó el trabajo: _____

Como consiguió este trabajo: _____

Que funciones hacia que fueron difíciles de cumplir: _____

Se requería una licencia especial (CNA, CDL, etc.):

¿Puede regresar a este trabajo? Si No

Si no es así, Porque: _____

¿Podría alguien en este empleo darle una referencia? Si No

¿Quien? _____

#4 Empresario: _____

Título del Trabajo: _____

Funciones del trabajo: _____

Horas semanales trabajadas: _____ Salario por hora: _____ Fecha de Comienzo: _____

Fecha de conclusión: _____

Motivo por el cual dejó el trabajo: _____

Como consiguió este trabajo: _____

Que funciones hacia que fueron difíciles de cumplir: _____

Se requería una licencia especial (CNA, CDL, etc.):

¿Puede regresar a este trabajo? Si No

Si no es así, Porque: _____

¿Podría alguien en este empleo darle una referencia? Si No

¿Quien? _____

#5 Empresario: _____

Título del Trabajo: _____

Funciones del trabajo: _____

Horas semanales trabajadas: _____ Salario por hora: _____ Fecha de Comienzo: _____

Fecha de conclusión: _____

Motivo por el cual dejó el trabajo: _____

Como consiguió este trabajo: _____

Que funciones hacia que fueron difíciles de cumplir: _____

Se requería una licencia especial (CNA, CDL, etc.):

¿Puede regresar a este trabajo? Si No

Si no es así, Porque: _____

¿Podría alguien en este empleo darle una referencia? Si No

¿Quien? _____

¿Ha sido condenado por una felonía o un delito menor?: Si No

Ofensa(s):

Fecha de Condena(s): _____

Estado donde se produjo la Condena: _____

Probatoria/Oficial de Libertad Condicional es: _____

IDOC # _____

Fecha Comienzo de Libertad Condicional: _____

Fecha de Terminación: _____

Restitución Adeudada: _____

DISCAPACIDADES:

Por favor describa sus incapacidades y limitaciones funcionales: (Físicas, Lesiones, Salud Mental, Depresión, Abuso de Sustancias (drogas y / o alcohol), Discapacidad de aprendizaje, etc.)

Mi discapacidad hace que sea difícil (Describe cómo le afecta en el espacio proporcionado)

Estar de pie Caminar Sentarse Levantarse Doblar Usar manos o pies

Explicar:

Ver Oír Leer Escribir

Explicar:

Concentrarse Recordar Aprender Entender

Explicar:

Manejar el estrés Controlar emociones Trabajar con otros Comunicarse

Explicar:

Otros:

Explicar:

¿Cómo sus discapacidades afectan su capacidad actual para trabajar o mantener un empleo?

¿Cómo cree que la Rehabilitación Profesional puede ayudar a conseguir un trabajo y mantenerlo?

¿Cuáles son sus necesidades laborales?

***** Para uso Exclusivo de Agencia *****

El siguiente paso en el establecimiento de la elegibilidad:

Asesor de información adicional o comentarios:
