



*División de Rehabilitación  
Vocacional de Idaho*

## Cómo aplicar -

Solicitar servicios de VR requiere una serie de pasos:

1. Una persona proporciona información al personal de VR durante una entrevista de admisión. La información solicitada por IDVR es necesaria para iniciar el proceso de evaluación de elegibilidad.

Y

2. Una persona acepta que él o ella está disponible para completar el proceso de evaluación requerido para determinar la elegibilidad para los servicios de VR.

Y

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

El proceso de solicitud se ha completado cuando se han producido todos los pasos.

Es útil completar el formulario de admisión adjunto y proporcionarlo a VR en su primera cita. Sin embargo, no se le requiere completar un formulario de admisión para programar una cita o reunirse con un consejero de VR.

Comuníquese con su oficina local de VR si tiene preguntas adicionales sobre requisitos de elegibilidad, el proceso de solicitud o desea solicitar servicios.

¡Esperamos con entusiasmo trabajar con usted!

*División de Rehabilitación Vocacional de Idaho*



# REHABILITACIÓN VOCACIONAL

## Formulario de Admisión

(Toda la información es importante: complete todos los campos)

Soy un cliente anterior de VR:            Sí                    No

¿Si sí, dónde?

### MI INFORMACIÓN PERSONAL:

**NSS#:**

**Apellido:**

**Nombre:**

**Segundo Nombre:**

**Nombre Preferido:**

**Fecha de Nacimiento:**        /        /

**Sexo:**    Varón    Mujer    No desea Identidad de Sexo

Apellido Anterior:

### MI DOMICILIO:

**Dirección de casa:**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Código Postal:**

**Condado:**

Compruebe si la dirección postal es la misma que la dirección del domicilio

**Dirección Postal:**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Código Postal:**

**Condado:**

**Teléfono principal:** (        )        -        Voz        VP        Fax

**Segundo teléfono:** (        )        -        Voz        VP        Fax

Correo electrónico E-mail: \_\_\_\_\_

**ETNICIDAD (Debe marcar una):**

- Hispano/latino
- No Hispano/latino

**RAZA: (debe marcar al menos uno o más de uno):**

- Indio Americano o nativo de Alaska (afiliación tribal):
- Asiático
- Negro/Afroamericano
- No desea identificarse (sólo para adultos)
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco

¿Puede usted legalmente trabajar en los Estados Unidos?      Sí                      No

¿Es usted su propio tutor legal?                                      Sí              No

Nombre del tutor legal:

Teléfono del Tutor:              -              -                                      Voz      VP              Fax

**CONTACTOS:** (Ejemplos: Familia, Amigos, PO, Trabajador de Caso etc.)

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

**¿Cuáles son sus arreglos de vida actuales?**

- Residencia privada (casa, apto, vivo con familia)
- Establecimiento penitenciario para adultos
- Comunidad Residencial / Hogar de grupo
- Centro de Rehabilitación
- Refugio para Indigentes
- Servicio de Salud Mental
- Asilo de Ancianos
- Otro
- Centro de Rehabilitación
- Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias

**Estado Civil:**    **Casado**    **Nunca casado**    **Divorciado**    **Separado**    **Viudo/a**

**¿Quién le refirió a VR?**

**FINANZAS:**

Incluyéndose, número en el hogar:

Número de Dependientes:

**Fuente primaria de ingresos / apoyo financiero:**

Ingresos personales (Beneficios de empleo, intereses, dividendos, renta, jubilación y/o beneficios de jubilación del Seguro Social)

Familia y amigos

Apoyo público (SSI, SSDI, TANF, etc.)

Otros recursos (p.ej. seguro privado de discapacidad, organizaciones benéficas privadas, manutención de los hijos, etc.)

Status de SSDI:      permitido                      negado                      pendiente                      No un solicitante

Status de SSI:      permitido                      negado                      pendiente                      No un solicitante

SSI Vejez: \$                                      VA: \$                                      Comp Trabajadores: \$

SSI Discapacitado: \$                              TANF: \$                                      Seguro desempleo. \$

SSDI: \$                                      TANF fecha final:                                      Otro apoyo público: \$

**Tengo uno o más de los siguientes seguros médicos:**

Medicaid

Medicare

Ninguno

Seguro privado (pendiente del empresario)

Seguro privado por otros medios

Seguro privado a través de su propio empresario

Seguro público de otras fuentes

Intercambio estatal o federal de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)

**EMPLEO:**

Estoy solicitando servicios de VR para mantener el empleo actual      Sí      No

**Mi Historial de trabajo:**

(Comenzando con los trabajos más recientes incluyendo trabajo voluntario aplicable):

**#1 Empresario:**

Título profesional:

Deberes de trabajo:

Horas de trabajo por semana:                      Salario por hora:                      Fecha de comienzo:

Fecha de término:

Razón para dejar trabajo:

Cómo consiguió este trabajo:

Qué deberes hizo su discapacidad más difícil de realizar:

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

¿Puede volver a este trabajo?      Sí      No

Si no, ¿Por qué?:

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

¿Quien?

**#2 Empresario:**

Título profesional:

Deberes de trabajo:

Horas de trabajo por semana:

Salario por hora:

Fecha de comienzo:

Fecha de término:

Razón para dejar trabajo:

Cómo consiguió este trabajo:

Qué deberes hizo su discapacidad más difícil de realizar:

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

¿Puede volver a este trabajo?      Sí      No

Si no, ¿Por qué?:

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

¿Quién?

**#3 Empresario:**

Título profesional:

Deberes de trabajo:

Horas de trabajo por semana:

Salario por hora:

Fecha de comienzo:

Fecha de término:

Razón para dejar trabajo:

Cómo consiguió este trabajo:

Qué deberes hizo su discapacidad más difícil de realizar:

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

¿Puede volver a este trabajo?      Sí      No

Si no, ¿Por qué?:

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

¿Quién?

**#4 Empresario:**

Título profesional:

Deberes de trabajo:

Horas de trabajo por semana:

Salario por hora:

Fecha de comienzo:

Fecha de término:

Razón para dejar trabajo:

Cómo consiguió este trabajo:

Qué deberes hizo su discapacidad más difícil de realizar:

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

¿Puede volver a este trabajo?      Sí      No

Si no, ¿Por qué?:

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

¿Quien?

**#5 Empresario:**

Título profesional:

Deberes de trabajo:

Horas de trabajo por semana:

Salario por hora:

Fecha de comienzo:

Fecha de término:

Razón para dejar trabajo:

Cómo consiguió este trabajo:

Qué deberes hizo su discapacidad más difícil de realizar:

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

¿Puede volver a este trabajo?      Sí      No

Si no, ¿Por qué?:

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

¿Quien?

Veterano:    Sí    No

**DISCAPACIDADES:**

**Por favor describa sus discapacidades 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 (Describa cómo le afecta en el espacio provisto)**

Pararme    Caminar    Sentarme    Levantar    Agacharme    Usar manos o pies  
Explicación:

Ver    Escuchar    Leer    Escribir  
Explicación:

Concentrarme    Recordar    Aprender    Entender  
Explicación:

Manejar el estrés    Controlar las emociones    Trabajar con otros    Comunicarme  
Explicación:

Otro: Explicación:

**¿Cómo afecta su discapacidad a su habilidad actual para trabajar o mantener un empleo?**

**¿Cómo cree que la Rehabilitación Vocacional puede ayudarle a conseguir un trabajo y mantenerlo?**

**¿Cuáles son sus necesidades de empleo?**

**¿ESTÁ USTED RECIBIENDO SERVICIOS O FINANCIACIÓN DE CUALQUIERA DE ESTOS PROGRAMAS?**

- Educación de Adultos y Programa de Alfabetización
- Programa para Adultos (Departamento de Trabajo)
- Trabajador desligado (Departamento de Trabajo)
- Programa para Adultos (Departamento de Trabajo)
- Job Corps
- Jóvenes (Departamento de Trabajo)
- YouthBuild
- Ninguno

Fecha inicio: \_\_\_\_\_  
Fecha inicio: \_\_\_\_\_  
Fecha inicio: \_\_\_\_\_  
Fecha inicio: \_\_\_\_\_  
Fecha Inicio: \_\_\_\_\_  
Fecha Inicio: \_\_\_\_\_  
Fecha inicio: \_\_\_\_\_

**Orfanato:**    **Sí;** actualmente en cuidado o estuvo previamente.    **No;** nunca en cuidado

**Madre soltera /o Padre:**    **Sí**    **No**    **No desea identificarse**

(Actualmente, madre soltera a cargo de niño menor de 18 años o está embarazada)

**Ama de Casa Desplazada:**    **Sí**    **No** (Estaba prestando servicios a miembros de la familia mientras dependían de los ingresos de otro miembro de familia o debido al servicio militar de un cónyuge)

**Trabajador agrícola migrante o estacional:**    **Sí**    **No**

Ingresos bajos, empleado principalmente durante últimos 12 a 24 meses en la agricultura

Trabajador agrícola de temporada y la distancia al lugar de trabajo no permiten el regreso diario al hogar permanente

dependiente de un trabajador agrícola migrante / estacional

¿Tiene carnet de conducir?                    **Sí**                    **No**

¿Conduce/modo de transporte?

¿Necesita ayuda para la comunicación?    **Sí**                    **No**

Explicación:

Solicitud de otras necesidades:



**NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN EN REFERENCIA:**

Sin educación formal  
Educación primaria - 1 2 3 4 5 6 7 8  
Seleccione el grado:  
Educación secundaria, sin diploma de escuela  
secundaria - 9 10 11 12 Seleccione el  
grado:  
Grado 12 (18-21 servicios)  
Diploma de escuela secundaria  
Diploma de Educación General  
Educación secundaria para adultos (AE-GED)  
Postsecundario - 1 2 3 4  
Seleccione el año:  
Fecha de finalización (mes/año) para el nivel  
más alto de educación marcado anteriormente:

Título de Asociado  
Título de Licenciatura  
Título de Maestría  
Cualquier título mayor a Maestría (Ph.D., Ed.D.,  
J.D)  
Carrera/ Programa de capacitación técnica (sin  
credenciales)  
Carrera/Programa de capacitación técnica  
(Credenciales)

Sí estoy asistiendo a la escuela, el nombre de la escuela es:

Sí asisto a la escuela, actualmente estoy en qué año / grado:

(High School 9, 10, 11, 12; 12/18-21 edad; GED, AE; Profesional/Técnico-Con/sin credenciales, Post secundaria: 1, 2, 3, 4 años; Mayor a Maestría)

Soy un estudiante con discapacidad en la escuela secundaria:                    Sí                    No

Tengo un actual Plan de Adaptación 504:                    Sí                    No

Tengo un actual IEP:                    Sí                    No

¿En qué mes/año empezó la escuela secundaria?:

¿Qué mes/año/ se graduó o se va a graduar?:

Fecha de graduación para el más alto nivel de educación:

**¿Ha sido condenado por un delito grave o un delito menor?:**                    Sí                    No

Delito(s):

Fecha de la condena(s):

Estado donde ocurrió la condena(s):

Oficial de Libertad Condicional:

IDOC #

Fecha de comienzo de libertad condicional:

Fecha de Terminación:

Restitución debida:

\*\*\*\*\* Sólo para Uso Oficial \*\*\*\*\*

*Siguiente paso para establecer la elegibilidad:*

*Información adicional o comentarios del consejero:*