



¡Bienvenido a la División de Rehabilitación Vocacional de Idaho (IDVR)!

Rehabilitación Vocacional (Vocational Rehabilitation, VR) es una agencia estatal que puede proporcionar servicios relacionados con el empleo a personas elegibles con discapacidades para ayudarlas a obtener y mantener un empleo. La elegibilidad se basa en las discapacidades documentadas de una persona (de salud mental, trastorno por consumo de sustancias, discapacidades de aprendizaje y/o discapacidades físicas) que han afectado negativamente o están afectando actualmente el empleo.

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 comenzar el proceso de evaluación de elegibilidad.

Y

2. Una persona acepta que 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, la persona proporciona una hoja de firma de la solicitud firmada y fechada al IDVR o hace una petición alternativa de solicitud de VR.

El proceso de solicitud se completa cuando se han realizado todos los pasos.

Aunque no es obligatorio, es útil completar el Formulario de Admisión de VR adjunto y proporcionárselo a VR en su entrevista de admisión. La conversación durante su entrevista de admisión estará relacionada con la información necesaria para el proceso de determinación de elegibilidad. Proporcionar información sobre la discapacidad (diagnóstico, tratamiento, información de contacto del proveedor, etc.) en su entrevista de admisión nos ayudará a reunir la documentación de elegibilidad requerida.

Si tiene preguntas adicionales sobre los requisitos de elegibilidad, el proceso de solicitud o si desea solicitar servicios, comuníquese con su [oficina local de VR](#).

¡Esperamos trabajar con usted!

[División de Rehabilitación Vocacional de Idaho](#)

Toda la información es importante. Por favor, llene todos los campos.

Si está llenando este formulario para otra persona, proporcione su nombre y relación.

Nombre: _____ Relación: _____

Marque esta casilla si es un cliente previo de VR

Si la respuesta es sí, indique la ubicación de la oficina _____

Estoy solicitando VR porque:

Quiero conseguir un trabajo

Tengo un trabajo, pero quiero un trabajo que pague más y/o utilice diferentes habilidades

Necesito ayuda para mantener mi trabajo

Otro: _____

Información personal

SSN*: _____

Honorífico (sufijo): _____

Apellido*: _____

Segundo nombre: _____

Nombre: _____

Nombre de preferencia: _____

Apellido anterior*: _____

Fecha de Nac.*: _____

Género*: No deseo identificarme

Masculino Femenino

Soy ciudadano estadounidense

Tengo un permiso de trabajo de los EE. UU.

No puedo trabajar legalmente en los EE. UU.

Información de la dirección

Domicilio*: _____

Ciudad*: _____ Estado*: _____

Código Postal*: _____ Condado*: _____

Marque esta casilla si su dirección postal es la misma que la dirección de su casa.
Si no es así, complete la información a continuación.

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Condado: _____

Información de contacto personal

Nro. de Teléfono Principal*: _____ Voz* Vídeo Texto (SMS)

Otro Nro. de Teléfono: _____ Voz Vídeo Texto (SMS)

Correo electrónico: _____

Proveedor de telefonía celular (para correo electrónico a texto): _____

Información miscelánea

Veterano*

Marque esta casilla si tiene 18 años o más y no desea identificar su etnia y/o raza

Por favor, marque una de las siguientes opciones*:

Hispano/Latino

No hispano/latino

Por favor, marque todo lo que corresponda*:

Indio Americano o Nativo de Alaska

Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico

Asiático

Blanco

Negro/Afroamericano

Por favor, marque su idioma de preferencia:

Inglés

Lenguaje de Señas Americano

Español

Otros:

Se requiere intérprete u otra asistencia de comunicación:

Información de contactos

Si no podemos comunicarnos con usted, ¿con quién podemos comunicarnos?
(familia, amigos, trabajador social, oficina de libertad condicional, etc.)

1. Nombre: _____ Relación: _____

Nro. de Teléfono: _____ Voz Vídeo Texto (SMS)

Correo electrónico: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____

Nro. de Teléfono: _____ Voz Vídeo Texto (SMS)

Correo electrónico: _____

3. Nombre: _____ Relación: _____

Nro. de Teléfono: _____ Voz Vídeo Texto (SMS)

Correo electrónico: _____

Marque esta casilla si usted es su propio tutor legal. Si no es así, indique la información de contacto de su tutor legal:

Nombre del tutor: _____

Nro. de Teléfono: _____ Voz Vídeo Texto (SMS)

Correo electrónico: _____

Asistencia pública* (marque todo lo que está recibiendo actualmente)

Estatus de SSDI: Permitido Negado Nunca he solicitado/no recibo

Estatus de SSI: Permitido Negado Nunca he solicitado/no recibo

SSI: \$ _____

SSDI: \$ _____

Beneficios para sobrevivientes: \$ _____

Viudo(a) de la SSA: \$ _____

VA: \$ _____

Seguro por desempleo: \$ _____

Asistencia General: \$ _____

Jubilación de la SSA: \$ _____

TANF: \$ _____

Otra discapacidad: \$ _____

Otra asistencia pública: \$ _____

Indemnización laboral: \$ _____

Marque esta casilla si tiene un Representante del Beneficiario para sus beneficios del Seguro Social. Si es así, complete lo siguiente:

Nombre del representante del beneficiario: _____

Nro. de Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información sobre el seguro médico* (marque todas las que correspondan)

Medicaid

Medicare

Ninguno

Seguro Privado – Empleador pendiente

Seguro Privado – por otros medios

Seguro Privado – por su propio empleador

Seguro Público – otras fuentes

Ley de Cuidado de Salud Asequible
Estatual/Federal

Historial de Educación

Si actualmente está inscrito en la escuela intermedia (Middle School), secundaria (Junior High School) o preparatoria (High School), ¿a qué escuela asiste actualmente? _____

¿En qué mes/año se graduará de la preparatoria? _____

¿Tiene un IEP vigente? Sí No

¿Tiene un Plan 504 de Adaptaciones vigente? Sí No

Discapacidades

1. ¿Qué discapacidad tiene? _____

¿Dónde podemos obtener registros de esta discapacidad? _____

¿Qué es difícil de hacer debido a esta discapacidad? _____

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Estar de pie | <input type="checkbox"/> Escuchar | <input type="checkbox"/> Manejar el estrés |
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Controlar las emociones |
| <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Escribir | <input type="checkbox"/> Trabajar con otros |
| <input type="checkbox"/> Levantar | <input type="checkbox"/> Concentrarse | <input type="checkbox"/> Comunicarse |
| <input type="checkbox"/> Flexionarse | <input type="checkbox"/> Recordar | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Usar las manos o los pies | <input type="checkbox"/> Aprender | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ver | <input type="checkbox"/> Entender | |

2. ¿Qué discapacidad tiene? _____

¿Dónde podemos obtener registros de esta discapacidad? _____

¿Qué es difícil de hacer debido a esta discapacidad? _____

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Estar de pie | <input type="checkbox"/> Escuchar | <input type="checkbox"/> Manejar el estrés |
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Controlar las emociones |
| <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Escribir | <input type="checkbox"/> Trabajar con otros |
| <input type="checkbox"/> Levantar | <input type="checkbox"/> Concentrarse | <input type="checkbox"/> Comunicarse |
| <input type="checkbox"/> Flexionarse | <input type="checkbox"/> Recordar | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Usar las manos o los pies | <input type="checkbox"/> Aprender | |
| <input type="checkbox"/> Ver | <input type="checkbox"/> Entender | _____ |

3. ¿Qué discapacidad tiene? _____

¿Dónde podemos obtener registros de esta discapacidad? _____

¿Qué es difícil de hacer debido a esta discapacidad? _____

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Estar de pie | <input type="checkbox"/> Escuchar | <input type="checkbox"/> Manejar el estrés |
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Controlar las emociones |
| <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Escribir | <input type="checkbox"/> Trabajar con otros |
| <input type="checkbox"/> Levantar | <input type="checkbox"/> Concentrarse | <input type="checkbox"/> Comunicarse |
| <input type="checkbox"/> Flexionarse | <input type="checkbox"/> Recordar | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Usar las manos o los pies | <input type="checkbox"/> Aprender | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ver | <input type="checkbox"/> Entender | |

4. ¿Qué discapacidad tiene? _____

¿Dónde podemos obtener registros de esta discapacidad? _____

¿Qué es difícil de hacer debido a esta discapacidad? _____

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Estar de pie | <input type="checkbox"/> Escuchar | <input type="checkbox"/> Manejar el estrés |
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Controlar las emociones |
| <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Escribir | <input type="checkbox"/> Trabajar con otros |
| <input type="checkbox"/> Levantar | <input type="checkbox"/> Concentrarse | <input type="checkbox"/> Comunicarse |
| <input type="checkbox"/> Flexionarse | <input type="checkbox"/> Recordar | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Usar las manos o los pies | <input type="checkbox"/> Aprender | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ver | <input type="checkbox"/> Entender | |

Mi discapacidad me ha causado dificultades en el trabajo o en la escuela de las siguientes maneras:

****¡Gracias! VR espera trabajar con usted *****