

II. Данные в отношении состояния здоровья / психологического состояния

1. Страдаете ли вы одним или несколькими заболеваниями или недомоганиями, которые ограничивают вашу способность работать? Да Нет

2. Природа вашего заболевания:

- Физическое Злоупотребление алкоголем и (или) наркотиками Психиатрическая / эмоциональное
 Неврологическое Сенсорное (слух / зрение) Трудности в обучении

3. Кратко опишите свои заболевания:

4. Принимаете ли вы лекарства? Да Нет Если да, то перечислите:

5. Как ваши заболевания препятствуют вам в получении и сохранении работы и в выполнении основных служебных обязанностей?

6. Есть ли у вас проблемы или беспокойства в связи со следующим?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Зрение | <input type="checkbox"/> Слух | <input type="checkbox"/> Речь | <input type="checkbox"/> Толстый кишечник |
| <input type="checkbox"/> Травма головы или инсульт | <input type="checkbox"/> Опухоль / онкология | <input type="checkbox"/> Высокое артериальное давление | <input type="checkbox"/> Временная потеря сознания / обмороки |
| <input type="checkbox"/> Сердце | <input type="checkbox"/> Припадки / конвульсии | <input type="checkbox"/> Заболевания крови | <input type="checkbox"/> Нарушения сна |
| <input type="checkbox"/> Астма / одышка | <input type="checkbox"/> Головные боли | <input type="checkbox"/> Аллергии / сыпь | <input type="checkbox"/> Хроническая боль |
| <input type="checkbox"/> Желудок, тонкий кишечник | <input type="checkbox"/> Передвижение | | |

7. Теряли ли вы когда-нибудь сознание? Да Нет Если да, поясните кратко:

8. Опишите другие проблемы со здоровьем:

9. Есть ли у вас проблемы или беспокойства в связи со следующим?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Выносливость / физическая сила | <input type="checkbox"/> Депрессия | <input type="checkbox"/> Припоминание | <input type="checkbox"/> Вспыльчивость и раздраженность |
| <input type="checkbox"/> Следование указаниям | <input type="checkbox"/> Чтение или письмо | <input type="checkbox"/> Стресс | <input type="checkbox"/> Концентрация |
| <input type="checkbox"/> Уживчивость с окружающими | <input type="checkbox"/> Координация | <input type="checkbox"/> Медлительность в работе | <input type="checkbox"/> Математические способности |
| <input type="checkbox"/> Частое отсутствие на работе | <input type="checkbox"/> Речь | <input type="checkbox"/> Тревоги или склонность к панике | |

10. Вы когда-либо получали лечение от:

a. Эмоциональных или психических расстройств? Да Нет Если да, поясните:

b. Наркотической и/или алкогольной зависимости? Да Нет Если да, поясните:

11. Перечислите врачей и специалистов, которые участвовали в лечении ваших заболеваний.

ДАТЫ ЛЕЧЕНИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	АДРЕС

12. Были ли вы когда-нибудь госпитализированы в связи с вашими заболеваниями? Да Нет

ДАТЫ ЛЕЧЕНИЯ	БОЛЬНИЦА	АДРЕС
ОСНОВАНИЕ		
ОСНОВАНИЕ		

III. Образование и профобучение

1. Вы посещаете среднюю школу или учитесь на переходной программе? Да Нет Если да, то ответьте на следующие вопросы:

У вас есть план размещения 504? Да Нет

Получаете ли вы услуги по IEP? Да Нет

2. Окончили ли вы среднюю школу? Да Нет Вы получили диплом или GED? Да Нет

НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ	ГОД ОКОНЧАНИЯ	ГОРОД И ШТАТ	ЕСЛИ НЕТ, ТО КАКОЙ ПОСЛЕДНИЙ КЛАСС ВЫ ПОСЕЩАЛИ?

3. Обучались ли вы в вузе? Да Нет

КОЛЛЕДЖ / УНИВЕРСИТЕТ	КОЛИЧЕСТВО ЛЕТ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ ВЫ ПОСЕЩАЛИ ЗАВЕДЕНИЕ	ГОД ОКОНЧАНИЯ	ОБЛАСТЬ(И) СПЕЦИАЛИЗАЦИИ	ПОЛУЧЕННЫЕ СТЕПЕНИ

Список школ или программ обучения:	Список специальных навыков, сертификатов или лицензий:
------------------------------------	--

4. ВОЕННАЯ СЛУЖБА

Проходили ли вы службу в вооруженных силах? Да Нет
 Тип освобождения: _____

Если да, указать род войск: _____ Даты прохождения службы: _____

Список должностей, навыков и специальной подготовки:

5. Каков ваш текущий статус занятости?

<input type="checkbox"/> Полный или неполный рабочий день	<input type="checkbox"/> Занятость при поддержке служб по трудоустройству
<input type="checkbox"/> Продленная занятость (работа в приюте)	<input type="checkbox"/> Не работающий, учеба в колледже
<input type="checkbox"/> Самостоятельная предпринимательская деятельность	<input type="checkbox"/> Не работающий, посещающий школу или программу GED
<input type="checkbox"/> Программа под управлением государственного агентства по предпринимательству (BER)	<input type="checkbox"/> Не работаю, обучающийся, стажер или волонтер
<input type="checkbox"/> Лицо, безвозмездно работающее на семейном предприятии (семейный бизнес или ферма)	<input type="checkbox"/> Не работающее, иное
<input type="checkbox"/> Домохозяйка (уход за домом, чтобы второй член семьи мог получать доход)	

Опыт работы Список ваших прошлых 3 (трех) рабочих мест

ДОЛЖНОСТЬ	ДАТА НАЧАЛА	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ
РАБОТОДАТЕЛЬ	ГОРОД И ШТАТ	
Зарботная плата: \$ _____ в: <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Неделю <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Год		КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ
НАВЫКИ/ ОБЯЗАННОСТИ	ПРИЧИНЫ УВОЛЬНЕНИЯ	

ДОЛЖНОСТЬ	ДАТА НАЧАЛА	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ
РАБОТОДАТЕЛЬ	ГОРОД И ШТАТ	
Зарботная плата: \$ _____ в: <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Неделю <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Год		КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ
НАВЫКИ/ ОБЯЗАННОСТИ	ПРИЧИНЫ УВОЛЬНЕНИЯ	

ДОЛЖНОСТЬ	ДАТА НАЧАЛА	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ
РАБОТОДАТЕЛЬ	ГОРОД И ШТАТ	
Зарботная плата: \$ _____ в: <input type="checkbox"/> Час <input type="checkbox"/> Неделю <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Год		КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ
НАВЫКИ/ ОБЯЗАННОСТИ	ПРИЧИНЫ УВОЛЬНЕНИЯ	

Для работы на любой из вышеназванных позиций требовались и предоставлялись или делались попытки предоставить вспомогательные или обоснованно необходимые приспособления?

Если да, поясните:

IV. Контактная информация

1. Если мы не сможем до вас добраться, с кем нам следует связаться?

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	АДРЕС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	КЕМ ПРИХОДИТСЯ

2. РОДИТЕЛЬ ИЛИ ЗАКОННЫЙ ОПЕКУН

Вы являетесь несовершеннолетним(ей) (моложе 18 лет) либо у вас есть законный опекун, назначенный судом? Да Нет
Если да, то внесите, пожалуйста, контактную информацию своего родителя или законного опекуна:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕРСОНАЛОМ DVR)

If individual has a legal guardian, has DVR obtained a copy of the legal guardianship signed by a judge?

Yes No

V. Расовая и этническая принадлежность

Для получения услуг DVR необязательно предоставлять эту информацию. Федеральное правительство требует, чтобы информация о расовой/ этнической принадлежности использовалась исключительно в целях обработки данных. Если вы решили не раскрывать эту информацию, DVR требует, чтобы вы указали вашу расовую/ этническую принадлежность.

Все ведомства и организации, получающие федеральное финансирование, должны сообщать информацию в отношении расовой/этнической принадлежности клиента, предоставленную самим клиентом или полученную на основании собственных наблюдений и выводов сотрудников. Данное требование обосновано положениями Директивы 15 Статистической политики Бюро управления и по бюджетным вопросам (Office of Management and Budget, OMB): «Расовые и этнические стандарты в рамках федеральной статистической и административной отчетности (Race and Ethnicity Standards for Federal Statistics and Administrative Reporting).

Этническое происхождение

- Не испанская/ латинская
 Испанская/ латинская

Если да, пожалуйста, отметьте соответствующую ячейку ниже:

- Американец(ка) мексиканского происхождения Пуэрториканец(ка)
 Кубинского происхождения Другое (поясните): _____

Расовая принадлежность

Пометьте внизу ячейки (ы), ниже в отношении вашей расовой/ этнической принадлежности.

- Американский индеец / коренной житель Аляски Камбоджиец(-ка) Коренной житель Гавайских островов Таец(-ка)
Укажите племя: _____ Китаец(-ка) Японец(-ка) Вьетнамец(-ка)
 Чернокожий(-ая) / Афроамериканец Филиппинец(-ка) Лаосец(-ка) Белый / Американец европейского происхождения
 Коренной житель Гуама Коренной житель Самоа Другое (указать): _____

VI. Потребности в средствах коммуникации и транспорте

На каких языках вы свободно говорите, читаете и (или) пишете?

Есть ли у вас надежное средство передвижения? Да Нет

НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕРСОНАЛОМ DVR)

Communication ability:

Transportation use ability:

VII. Финансовая поддержка и медицинское страхование

1. Если вы не работаете, как вы себя обеспечиваете?

2. Вы получаете поддержку от любого из следующих агентств?

- Ни один из перечисленных источников
- Социальное страхование на случай потери трудоспособности (SSDI) \$ _____
- Дополнительный социальный доход (SSI) для престарелых, инвалидов по зрению или инвалидов \$ _____
- Временная помощь нуждающимся семьям (TANF) \$ _____
- Общая помощь (государства или местного самоуправления) \$ _____
- Льготы ветеранам-инвалидам \$ _____
- Компенсация работникам \$ _____
- Страхование работником (страхование на случай безработицы) \$ _____
- Все остальные виды государственной поддержки \$ _____

3. Каков размер вашего СОВОКУПНОГО месячного дохода из всех источников, включая льготы? \$ _____

4. Когда вы начнете работать, сколько вам потребуется зарабатывать в месяц для содержания себя и (или) своей семьи?
\$ _____

5. Есть ли у вас медицинская страховка? Да Нет

- Medicaid Medicare План по закону о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act)
- Государственное страхование из других источников (страхование рабочих, программа медицинского страхования детей, и т.д.)
- Частная страховка через работодателя
- Частная страховка из других источников
- Еще не имеет права на частное страхование через текущего работодателя, но будет иметь право через определенное количество времени.

VIII. Участие в программах профессиональной реабилитации

1. Участвуете ли вы в любой из нижеуказанных программ / видов деятельности?

- Отсутствие услуг или финансирования из любых других программ или организаций, перечисленных ниже.
 Лечение от алкогольной/ наркотической зависимости Психиатр (государственный или частный)
 Программы профессиональной реабилитации американский индейцев Универсальный центр профессиональной подготовки (WorkSource)
 Центр независимого проживания Управление жилищного строительства
 Служба защиты детей Администрация социального обеспечения (SSA)
 Программы внебольничной реабилитации Государственный департамент по вопросам исполнения наказаний/ Ювенальная юстиция
 Организации защиты прав потребителей или правозащитные организации Государственное агентство гарантии занятости (гарантия занятости)
 Образовательные учреждения (начальная/средняя школа) Администрация ветеранов
 Образовательные учреждения (дополнительное образование/колледж) Агентство социального обеспечения (штата или местного самоуправления) (DSHS)
 Работодатели Компенсация работнику (L&I)
 Сети занятости Другие агентства штата по профессиональной реабилитации
 Федеральная помощь студентам (например, Pell Grants, и др.) Другие агентства штата
 Агентства интеллектуального развития или реабилитации инвалидов Другие услуги
 Поставщик медицинских услуг (государственный или частный)

2. Кто дал вам направление в DVR? Если вас никто не направлял, выберите: самостоятельно.

- Самостоятельно
 Владелец сертификата FLSA 14(c) Реабилитационный центр для молодежи
 Программа обеспечения образования / обучения совершеннолетних лиц Поставщик медицинских услуг (государственный или частный)
 Программа профессиональной реабилитации американских индейцев Психиатр (государственный или частный)
 Центр независимого проживания Управление жилищного строительства (HUD)
 Служба защиты детей Администрация социального обеспечения
 Программы внебольничной реабилитации Государственный департамент по вопросам исполнения наказаний
 Организация защиты прав потребителей или правозащитная организация Программа временной помощи нуждающимся семьям (TANF)
 Начальное или среднее учебное заведение Программа услуг по трудоустройству Wagner-Peuser
 Высшее учебное заведение Агентство социального обеспечения штата или местного самоуправления (DSHS)
 Работодатели Компенсация работнику (L&I)
 Работодатель, предоставляющий работу пожилым лицам и инвалидам Пункт универсального обслуживания (например, помощь безработным, программа трудоустройства пожилых лиц в общине - SCSEP)
 Религиозная организация Другие источники
 Семья и друзья Другие агентства штата
 Поставщик услуг для лиц с интеллектуальными расстройствами и инвалидностью вследствие пороков развития
 Другие агентства штата, работающие в сфере профессиональной реабилитации (к примеру, DSB, L&I)
 Программа услуг и подготовки к трудоустройству Департамента труда, предназначенная для совершеннолетних лиц, перемещенных работников и молодежи
 Прочие программы, финансируемые WIOA, в том числе Job Corps, YouthBuild, программа для индейцев и коренных американцев Indian and Native Americans, а также программы для мигрирующей рабочей силы и лиц, занимающихся сезонным сельскохозяйственным трудом
 Администрация льгот для ветеранов (в том числе программа профессиональной реабилитации ветеранов VA Vocational Rehabilitation Program)
 Администрация по вопросам медицинского обслуживания ветеранов (в том числе госпитали системы обслуживания ветеранов, организации, помогающие ветеранам адаптироваться к жизни вне службы (VA Transitional Living), организации, помогающие ветеранам с трудоустройством в переходном периоде (VA Transitional Employment), а также программы трудотерапии с оплатой труда)

3. УЧАСТВОВАЛИ ЛИ ВЫ РАНЕЕ В ПРОГРАММАХ DVR?

- Да Нет

ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА

ГДЕ?

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КОНСУЛЬТАНТА ПО ВОПРОСАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ВАШИ ПРЕЖНИЕ ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЛИСЬ ОТ НЫНЕШНИХ)

4. Что вы ожидаете от DVR?

5. Опишите свои основные профессиональные интересы

6. Если вы в настоящее время не работаете, то что вы делали в плане подготовки к работе и поиска работы?

7. Есть ли у вас в данный момент какие-нибудь перспективы на получение работы? Да Нет

8. Каковы ваши долгосрочные профессиональные устремления?