

Información vocacional
Vocational Information

FOR DVR STAFF ONLY (SÓLO PARA EL PERSONAL DE LA DVR)
VRC ASSIGNED
APPLICATION DATE

Por favor complete todo lo que pueda de este formulario. Esta información ayudará a la División de Rehabilitación Vocacional (DVR, por sus siglas en inglés) a determinar su elegibilidad y planificación vocacional. Su información será confidencial y se usará sólo en la medida que sea necesaria para su rehabilitación. Si necesita ayuda para completar este formulario, pida ayuda a su asesor.

I. Información personal

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	2. NOMBRE DEL SOLICITANTE	INICIAL INTERMEDIA	APELLIDO
3. NOMBRE DE PREFERENCIA	4. APELLIDO ANTERIOR	5. NOMBRE ANTERIOR	
6. GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	7. FECHA DE NACIMIENTO	8. CONDADO EN EL QUE VIVE	
9. DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
10. DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN POSTAL)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	12. IP DE VIDEÓFONO		
13. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA) <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TTY/TDD	14. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA) <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TTY/TDD		
15. ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Viudo			
16. Número de dependientes: _____ Cantidad de dependientes en la familia: _____			
17. NOMBRES DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR	PARENTESCO	EDAD	NOMBRES DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR
			PARENTESCO
			EDAD
18. ARREGLOS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Residencia privada <input type="checkbox"/> Centro penitenciario de adultos <input type="checkbox"/> Hogar de crianza en grupo / residencia comunitaria <input type="checkbox"/> Centro de reinserción social <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Centro de salud mental <input type="checkbox"/> Sin hogar / refugio <input type="checkbox"/> Residencia para ancianos <input type="checkbox"/> Otro: _____			
19. ASUNTOS LEGALES ¿Tiene antecedentes penales que afectan su posibilidad de trabajar en determinados empleos o campos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene una condena por conducir bajo la influencia del alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha sido condenado por un delito grave? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, brinde la siguiente información: Nombre del oficial de libertad condicional: _____ Número de teléfono: _____ Fecha de liberación: _____ Ciudad/Jurisdicción: _____			

II. Médico / Psicológico

1. ¿Tiene una o más afecciones que afectan su capacidad para trabajar? Sí No

2. Su afección es:

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica/emocional |
| <input type="checkbox"/> Neurológica | <input type="checkbox"/> Sensorial (oído/vista) | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje |

3. Describa brevemente la(s) afección(es):

4. ¿Está tomando medicamentos? Sí No Si contestó que sí, menciónelos:

5. ¿De qué manera su(s) afección(es) no le permite(n) obtener un empleo, mantener un empleo o desempeñar tareas laborales esenciales?

6. ¿Tiene problemas o inquietudes respecto a lo siguiente?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vista | <input type="checkbox"/> Oído | <input type="checkbox"/> Habla | <input type="checkbox"/> Intestinos |
| <input type="checkbox"/> Lesión de cabeza o derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Tumor / cáncer | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Lagunas mentales/desvanecimientos |
| <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Crisis convulsivas | <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Asma / falta de aliento | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Alergias / sarpullido | <input type="checkbox"/> Dolor crónico |
| <input type="checkbox"/> Estómago, intestinos | <input type="checkbox"/> Movilidad | | |

7. ¿Alguna vez ha quedado inconsciente? Sí No Si contestó que sí, explique brevemente:

8. Describa otros problemas de salud:

9. ¿Tiene problemas o inquietudes respecto a lo siguiente?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vigor / fortaleza | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Recordar cosas | <input type="checkbox"/> Ira o mal genio |
| <input type="checkbox"/> Seguir instrucciones | <input type="checkbox"/> Leer o escribir | <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Concentración |
| <input type="checkbox"/> Llevarse bien con los demás | <input type="checkbox"/> Coordinación | <input type="checkbox"/> Trabajar con lentitud | <input type="checkbox"/> Matemáticas |
| <input type="checkbox"/> Falta mucho al trabajo | <input type="checkbox"/> Habla | <input type="checkbox"/> Ansiedad o pánico | |

10. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para:

a. Problemas de salud emocional o mental? Sí No Si contestó que sí, explique:

b. Dependencia de las drogas y/o el alcohol? Sí No Si contestó que sí, explique:

11. Enumere los médicos o especialistas involucrados en el tratamiento de su(s) afección(es).

FECHAS DE TRATAMIENTO	NOMBRE	DIRECCIÓN

12. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado debido a su(s) afección(es)? Sí No

FECHAS DE TRATAMIENTO	HOSPITAL	DIRECCIÓN
MOTIVO		
MOTIVO		

III. Estudio de educación y trabajo

1. ¿Está usted en la escuela preparatoria o en un programa de transición? Sí No Si contestó que sí, conteste lo siguiente:

¿Tiene un plan de acomodación 504? Sí No

¿Está recibiendo servicios bajo un IEP? Sí No

2. ¿Terminó la preparatoria? Sí No ¿Obtuvo un diploma o GED? Sí No

NOMBRE DE LA ESCUELA	AÑO EN QUE TERMINÓ	CIUDAD Y ESTADO	SI CONTESTÓ QUE NO, ¿HASTA QUÉ GRADO ESTUDIÓ?

3. ¿Ha recibido educación superior? Sí No

UNIVERSIDAD	NÚMERO DE AÑOS QUE ASISTIÓ	AÑO EN QUE TERMINÓ	ÁREA(S) PRINCIPAL(ES) DE ESTUDIO	TÍTULOS

Indique las escuelas o capacitación:	Indique habilidades especiales, certificados o licencias:
--------------------------------------	---

4. SERVICIO MILITAR

¿Ha servido en las fuerzas militares? Sí No Tipo de baja: _____

Si contestó que sí, indique la rama del servicio: _____ Fechas de servicio: _____

Indique los puestos, habilidades y entrenamiento especial:

5. ¿Cuál es su situación laboral actual?

Empleado de tiempo completo o parcial Empleo con servicios de empleo asistido

Empleo extendido (un taller protegido) Desempleado, asiste a la universidad

Empleo independiente Desempleado, asiste a preparatoria o programa de GED

Programa empresarial de negocios administrado por una agencia estatal (BEP) Desempleado, funge como aprendiz, pasante o voluntario

Trabajador familiar no remunerado (negocio o granja familiar) Desempleado, otro

Encargado del hogar (cuida del hogar para que otra persona pueda obtener ingresos)

Historia laboral: Indique sus últimos tres (3) empleos

PUESTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
EMPLEADOR	CIUDAD Y ESTADO	
Salario: \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Catorcena <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año		NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA
HABILIDADES/RESPONSABILIDADES	MOTIVO DE SALIDA	
PUESTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
EMPLEADOR	CIUDAD Y ESTADO	
Salario: \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Catorcena <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año		NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA
HABILIDADES/RESPONSABILIDADES	MOTIVO DE SALIDA	
PUESTO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
EMPLEADOR	CIUDAD Y ESTADO	
Salario: \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Catorcena <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año		NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA
HABILIDADES/RESPONSABILIDADES	MOTIVO DE SALIDA	

¿En algún empleo fueron necesarios, provistos o planeados dispositivos de asistencia o adaptaciones razonables?
Si contestó que sí, explique:

IV. Información de contacto

1. Si no podemos ponernos en contacto con usted, ¿con quién deberíamos comunicarnos?

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	PARENTESCO

2. PADRE O TUTOR LEGAL

¿Usted es menor de edad (menos de 18 años de edad) o tiene un tutor legal asignado por el tribunal? Sí No
Si contestó que sí, proporcione la información de contacto de su padre, madre o tutor legal:

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (ESTE CUADRO ES PARA USO DEL REPRESENTANTE DE LA DVR)

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

Yes No

V. Raza y origen étnico

Esta información no es necesaria para recibir los servicios de la DVR. El gobierno federal requiere que se guarden los datos de raza/origen étnico sólo para fines informativos Si decide no revelar esta información, la DVR tiene que especificar su raza/origen étnico.

Todas las agencias que reciben fondos federales deben reportar los datos de raza/origen étnico, ya sea que los proporcione el cliente o por observaciones del personal. Esto se debe a la Directiva de Políticas Estadísticas Número 15 de la Oficina de Administración y Presupuesto (por sus siglas en inglés, "OMB") federal, Estándares de Raza y Origen Étnico para Informes Estadísticos y Administrativos Federales.

Origen étnico

- No hispano / No latino
 Hispano / Latino

Si contestó que sí, marque la(s) casilla(s) apropiadas:

- Mexicano-americano Puertorriqueño
 Cubano Otro (especifique): _____

Raza

Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a su raza/origen étnico.

- Indígena americano / Nativo de Alaska Camboyano Hawaiano Tailandés
Indique su tribu: _____ Chino Japonés Vietnamita
 Negro/ Afroamericano Filipino Laosiano Blanco / Europeo-americano
 Guameño Samoano Otro (especifique): _____

VVI. Necesidades de transporte y comunicaciones

¿Qué idiomas habla, lee y/o escribe con fluidez?

¿Tiene disponible un medio de transporte confiable? Sí No

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (ESTE CUADRO ES PARA USO DEL REPRESENTANTE DE LA DVR)

Communication ability:

Transportation use ability:

VII. Manutención financiera y seguro médico

1. Si no está trabajando, ¿cómo se mantiene?

2. ¿Recibe el apoyo de alguna de las siguientes agencias?

- Ninguna
- Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) \$ _____
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) para Ancianos, Ciegos y Discapacitados \$ _____
- Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) \$ _____
- Asistencia General (Gobierno estatal o local) \$ _____
- Beneficios por incapacidad para veteranos \$ _____
- Incapacidad laboral \$ _____
- Seguridad del empleo (Seguro de desempleo) \$ _____
- Todos los demás apoyos públicos \$ _____

3. ¿A cuánto asciende su ingreso mensual TOTAL de todas las fuentes y/o beneficios? \$ _____

4. Cuando vaya a trabajar, ¿cuánto necesitará ganar al mes para mantenerse a usted mismo y/o a su familia? \$ _____

5. ¿Tiene seguro médico? Sí No

- Medicaid Medicare Mercado de la Ley de Cuidado Asequible
- Seguro público de otras fuentes (Incapacidad laboral, Programa de Seguro de Salud para Niños, etc.)
- Seguro privado a través del propio empleador
- Seguro privado a través de otra fuente
- Todavía no es elegible para un seguro privado a través del empleador actual, pero será elegible después de cierto período de tiempo.

VII. Participación en Rehabilitación Vocacional

1. ¿Está usted involucrado con alguna de las siguientes agencias o programas?

- No recibe servicios ni financiamiento de los programas o las organizaciones que figuran a continuación.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental (público o privado) |
| <input type="checkbox"/> Programa de servicios de RV para indígenas americanos | <input type="checkbox"/> Centros Integrados de Capacitación para el Empleo (WorkSource) |
| <input type="checkbox"/> Centros para la Vida Independiente | <input type="checkbox"/> Autoridad de Vivienda Pública |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección Infantil | <input type="checkbox"/> Administración del Seguro Social (SSA) |
| <input type="checkbox"/> Programas de rehabilitación en la comunidad | <input type="checkbox"/> Departamento Correccional/de Justicia Juvenil del Estado |
| <input type="checkbox"/> Organizaciones de consumidores o grupos activistas | <input type="checkbox"/> Agencia Estatal de Seguridad del Empleo (Seguridad del Empleo) |
| <input type="checkbox"/> Instituciones educativas (primaria/secundaria/preparatoria) | <input type="checkbox"/> Administración de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Instituciones educativas (educación superior/universidad) | <input type="checkbox"/> Agencia de beneficencia (gobierno estatal o local) (DSHS) |
| <input type="checkbox"/> Empleadores | <input type="checkbox"/> Incapacidad laboral (L&I) |
| <input type="checkbox"/> Redes de empleo | <input type="checkbox"/> Otras agencias estatales de RV |
| <input type="checkbox"/> Ayuda Estudiantil Federal (subsidios Pell, etc.) | <input type="checkbox"/> Otras agencias estatales |
| <input type="checkbox"/> Agencias para discapacidades intelectuales y del desarrollo | <input type="checkbox"/> Otros servicios |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica (público o privado) | |

2. ¿Quién lo derivó a la DVR? Si no fue derivado, seleccione Autoderivación.

- Autoderivación
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Titular de certificado FLSA 14(c) | <input type="checkbox"/> Rehabilitación de Menores |
| <input type="checkbox"/> Programa de educación o alfabetismo para adultos | <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica (público o privado) |
| <input type="checkbox"/> Programa de servicios de RV para indígenas americanos | <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental (público o privado) |
| <input type="checkbox"/> Centro para la Vida Independiente | <input type="checkbox"/> Autoridad de Vivienda Pública (HUD) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección Infantil | <input type="checkbox"/> Administración del Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Programas de rehabilitación en la comunidad | <input type="checkbox"/> Departamento Correccional del Estado |
| <input type="checkbox"/> Organización de consumidores o grupo activista | <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Institución de educación básica o secundaria | <input type="checkbox"/> Programa de servicios para el empleo Wagner-Peyser |
| <input type="checkbox"/> Institución de educación superior | <input type="checkbox"/> Agencia de beneficencia estatal o local (DSHS) |
| <input type="checkbox"/> Empleadores | <input type="checkbox"/> Incapacidad laboral (L&I) |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de empleo extendido | <input type="checkbox"/> Otro socio integrado (por ejemplo, desempleo, SCSEP) |
| <input type="checkbox"/> Organización religiosa | <input type="checkbox"/> Otras fuentes |
| <input type="checkbox"/> Familiares y amigos | <input type="checkbox"/> Otras agencias estatales |
| <input type="checkbox"/> Proveedores para discapacidades intelectuales y del desarrollo | <input type="checkbox"/> Otras agencias estatales de RV (por ejemplo, DSB, L&I) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Servicios de Empleo y Capacitación para Adultos, Trabajadores Desplazados y Jóvenes del Departamento de Trabajo | |
| <input type="checkbox"/> Otros programas financiados por WIOA, incluyendo Job Corps, YouthBuild, y programas para indígenas americanos y para trabajadores agrícolas migrantes y de temporada | |
| <input type="checkbox"/> Administración de Beneficios a Veteranos (incluyendo el Programa de Rehabilitación Vocacional de la VA) | |
| <input type="checkbox"/> Administración de Salud de Veteranos (incluyendo el sistema hospitalario de la VA, Vida de Transición de la VA, Empleo de Transición de la VA, y programas de terapia laboral remunerada) | |

3. ¿HA PARTICIPADO CON LA DVR ANTERIORMENTE?

- Sí No

SI CONTESTÓ QUE SÍ, CUÁNDO

DÓNDE

NOMBRE DEL ASESOR DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL

SU NOMBRE (SI ERA OTRO EN ESE MOMENTO)

4. ¿Qué espera de la DVR?

5. ¿Cuáles son sus intereses laborales inmediatos?

6. Si no está trabajando, ¿qué ha estado haciendo para prepararse o encontrar empleo?

7. ¿Actualmente tiene algún prospecto de trabajo? Sí No

8. ¿Cuáles son sus metas profesionales de largo alcance?