

طلب الحصول على
خدمات التأهيل المهني
Application for
Vocational Rehabilitation Services

1. رقم التأمين الاجتماعي		2. الاسم الأول لمقدم الطلب		الاسم الأوسط		الاسم الأخير	
3. النوع الاجتماعي ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>		4. تاريخ الميلاد		5. المقاطعة			
6. عنوان الشارع		المدينة		الولاية		الرمز البريدي	
7. رقم الهاتف (بما في ذلك رمز المنطقة)		8. عنوان البريد الإلكتروني					
9. عنوان IP للهاتف الصوتي		10. أتلقى حالياً: <input type="checkbox"/> تأمين الضمان الاجتماعي للعجز <input type="checkbox"/> دخل الضمان الاجتماعي ضد العجز					
<p>أتقدم بموجب هذا الخطاب بطلب لشعبة التأهيل المهني (DVR) للحصول على الخدمات التي تُمكنني من تحقيق النتائج الوظيفية.</p> <p>وأفهم أنه وفقاً للقسم VI من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، كما تم تعديله وقوانين ولاية واشنطن، ضد التمييز، فإن إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية بولاية واشنطن تحظر التمييز بين الأشخاص على أساس الجنس أو اللون أو العقيدة أو الأصل القومي أو السن أو الدين أو لوجود أي إعاقة حسية أو عقلية أو بدنية أو استخدام الحيوانات المدربة كدليل أو حيوانات الخدمة المستخدمة بواسطة الأشخاص ذوي الإعاقة، أو التوجه الجنسي أو كونك محارباً قديماً تم إعفاؤه من الخدمة بشرف أو من المحاربين القدامى ذوي الإعاقة أو حالة جندي شارك في حرب فيتنام أو حالة محارب انفصل عن الجيش حديثاً أو أي حالة محارب قديم أخرى محمية أو في حالة كنت أمًا ترضع طفلها رضاعة طبيعية.</p> <p>لقد تلقيت منشور سياسة عدم التمييز من DSHS 22-171، وأفهم أنني إذا كنت أعتقد أنني قد وقعت ضحية للتمييز، فيمكنني متابعة خطوات تقديم شكوى تمييز والموضحة في هذه النشرة.</p> <p>أفهم أنه يجوز لشعبة التأهيل المهني أن تحصل على معلوماتي الشخصية من الوكالات الفيدرالية أو وكالات الولاية للتحقق من المزايا المقدمة لي، والإيرادات والدخل من الوظيفة أو العمل الحر. والسلطة التي يتم جمع المعلومات بموجبها تتضمن قانون WAC 388-891A-0103، وقانون CFR 361.38 34 (قانون اللوائح الفيدرالية)، وقانون RCW 50.13.060 لضمان العمل، وقانون RCW 82.32.330 لإدارة الإيرادات.</p> <p>لقد تلقيت معلومات حول برنامج مساعدة العملاء وتم شرح خدماته لي.</p> <p>أفهم أيضاً أنه، وفقاً لقانون WAC 388-891A-0215، إذا كنت مستاءً في أي وقت من أي قرار تتخذه شعبة التأهيل المهني، فلي الحق في الاتصال ببرنامج مساعدة العملاء، وطلب الوساطة، وطلب جلسة استماع رسمية.</p> <p>أعلم أنه يجب على مستشار شعبة التأهيل المهني أن يحدد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمات التأهيل المهني أم لا. قد تكون هناك حاجة إلى إجراء تقييم لتحديد مدى الأهلية وأنا متاح للمشاركة في هذا التقييم.</p> <p>أعلم أنه على الرغم من أن شعبة التأهيل المهني ليست كياناً مشمولاً بقانون إخضاع التأمين الصحي للنقل والمسؤولية ((HIPAA)، فإن شعبة التأهيل المهني ستحافظ على سرية معلوماتي الشخصية على النحو الوارد في قوانين WAC 388-891A-0130 و WAC 388-891A-0135-388 و 891A-0150-388.</p> <p>أفوض شعبة التأهيل المهني للحصول على المعلومات المطلوبة والإفصاح عنها إلى نظام سجلات عملاء DSHS. تتضمن هذه المعلومات: الاسم؛ رقم التأمين الاجتماعي؛ تاريخ الميلاد؛ الجنس؛ الخلفية العرقية؛ المؤسسة / المنشأة العلاجية الحالية؛ والمشاركة في برنامج DSHS.</p> <p>يشير توقيعي إلى أنني قرأت المعلومات المكتوبة في هذا النموذج وفهمتها.</p>							
توقيع مقدم الطلب / ولي الأمر / الوصي		تاريخ تقديم الطلب					
يتم إكماله من جانب موظفي DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR) فقط							
موظف شعبة التأهيل المهني المُعين لمقدم الطلب							