DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)

직업재활 서비스 신청서

Application for Vocational Rehabilitation Services

신청인 정보

1. 신청인 이름 중간이름 이니셜 성		**2. 성별** ☐ 남성 ☐ 여성 ☐ X ☐ 넌 바이너리 ☐ 기타: ☐ 확인 거부
3. 생년월일	**4. 사회보장번호**	

연락처 정보

5. 전화번호(지역 번호 포함)	**6. 이메일 주소**
7. 화상전화 IP	**8. 카운티**
9. 도로 주소	시 주 우편번호
10. 선호하는 연락 방법 ☐ 이메일 ☐ 전화 ☐ 우편 ☐ 기타:	**11. 언어 접근성 편의 제공이 필요하십니까?** ☐ 예 ☐ 아니요 선호하는 주 언어:

학생 및 장애 정보

12. 다음을 포함한 공인 교육 프로그램 참여: 고등학교, 직업 학교 또는 기술 학교, 커뮤니티 칼리지 또는 테크니컬 칼리지: ☐ 예 ☐ 아니요

장애가 있는 학생:

☐ 0. 장애가 있는 학생이 아닙니다
☐ 1. 장애가 있는 학생이며 504 편의 제공을 받습니다
☐ 2. 장애가 있는 학생이며 IEP 에 따른 이전 서비스를 받습니다
☐ 3. 장애가 있는 학생이며 504 편의 제공을 받지 않고 IEP 에 따른 이전 서비스를 받지 않습니다.

장애가 있는 개인:

☐ 1. 자신이 장애미국인법(Americans with Disabilities Act)에 정의된 장애를 갖고 있음을 보고합니다
☐ 0. 자신이 정의를 충족하는 장애가 없음을 보고합니다
☐ 9. 본인 신원을 확인하지 않았습니다

인종 및 민족 정보

13. 인종 및 민족

이 정보 제공은 DVR 서비스를 받는 데 필수 요건이 아닙니다. 연방 정부는 VR 기관들에게 데이터 목적에 따라 인종 / 민족 정보를 유지하도록 요구합니다. 이 정보를 제공하기로 결정하신 경우 DVR 에서 귀하의 인종/민족을 명시해야 합니다. 연방 자금을 후원받는 모든 기관은 고객의 자체 보고 또는 직원 관찰 중 한 가지 방법을 통해 인종/민족 데이터를 보고해야 합니다.

연방 관리예산처(Office of Management and Budget, OMB) 통계 정책 지침(Statistical Policy Directive) No. 15 “연방 통계 행정 보고를 위한 인종 및 민족 기준”이 아래 선택의 기준이 됩니다.

민족:

☐ 히스패닉/라틴계 아님
☐ 히스패닉/라틴계
☐ 본인 신원을 확인하지 않음

히스패닉 / 라티노에 해당하는 경우 아래 해당 네모 칸에 체크해 주십시오.

☐ 멕시코계 미국인 ☐ 푸에르토리코인
☐ 쿠바인 ☐ 치카노
☐ 기타 (구체적으로 기재):

인종:

귀하의 인종/민족에 대해 아래 해당 네모칸에 체크하십시오.

☐ 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민, 체크하신 경우 부족/지연성을 적어주십시오.
☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ 캄보디아인 ☐ 중국인 ☐ 필리핀인 ☐ 괌 주민
☐ 하와이인 ☐ 인도인 (동남아시아) ☐ 한국인 ☐ 라오스인 ☐ 사모아인
☐ 태국인 ☐ 베트남인 ☐ 일본인 ☐ 백인 / 유럽계 미국인
☐ 기타 아시아인 또는 태평양 섬 주민 (구체적으로 기재):
☐ 기타 (구체적으로 기재): ☐ 공개 거부 ☐ 보고하지 않음

의뢰 정보

14. DVR 에 귀하를 의뢰한 사람: 의뢰를 받지 않았다면 "자체 의뢰"를 선택하십시오.

- ☐ 자체 의뢰
- ☐ 14(c) 인증 소지자
- ☐ 성인 교육 또는 문해력 프로그램
- ☐ 아메리칸 인디언 VR 서비스 프로그램
- ☐ 독립 생활 센터(Center for Independent Living)
- ☐ 아동 보호 서비스
- ☐ 커뮤니티 재활 프로그램
- ☐ 보사부 사무처
- ☐ 보사부 사무처
- ☐ 소비자 조직 또는 옹호 그룹
- ☐ 노동고용부(Department of Labor Employment) 및 훈련 프로그램
- ☐ 교육 기관 (고등학교)
- ☐ 교육 기관 (고등교육 / 칼리지)
- ☐ 고용주
- ☐ 연장 취업 제공기관
- ☐ 신앙 기반 조직
- ☐ 가족 / 친구
- ☐ 포스터 유스
- ☐ 지적 장애 / 발달 장애 제공자
- ☐ 청소년 재활시설 청소년
- ☐ 의료보험 제공자
- ☐ 정신건강 서비스 제공자
- ☐ 기타 원스톱 파트너
- ☐ 다른 주 기관
- ☐ 다른 주 VR 기관
- ☐ 기타 WIOA 프로그램(예: JobCorps, YouthBuild)
- ☐ 공공 주택당국
- ☐ 사회보장행정국
- ☐ 저소득 가정을 위한 임시 지원 (TANF) - CSD
- ☐ 재향군인 혜택 행정국
- ☐ 재향군인 건강 행정국
- ☐ 워싱턴주 교정부
- ☐ Wagner-Peyser 고용 서비스 프로그램
- ☐ 복지 기관 (DSHS)
- ☐ 산재보험
- ☐ 기타 출처

재정 지원 정보

15. 귀하는 공공 재정 지원을 받고 계십니까? 받고 계시다면 매달 각 출처에서 받으시는 대략적인 금액은 얼마입니까?

- ☐ 없음
- ☐ 사회보장장애보험(SSDI) 금액: $_____
- ☐ 저소득 가정을 위한 임시 지원(TANF) 금액: $_____
- ☐ 직업안정(실업 수당) 금액: $_____
- ☐ 노인, 맹인 또는 장애인을 위한 생계보조비(SSI) 금액: $_____
- ☐ 재향군인의 장애혜택 금액: $_____
- ☐ 산재보험 금액: $_____
- ☐ 일반 지원(주정부 또는 지역 정부) 금액: $_____

총액: $_____

의료 정보

16. 귀하는 본 신청서를 작성하시는 현재 의료 보험에 가입되어 있습니까?

- ☐ Medicaid
- ☐ Medicare
- ☐ Affordable Care Act(건강보험개혁법) Exchange
- ☐ 자신의 고용주(직장)를 통한 개인보험
- ☐ 기타 출처로부터 받는 공공 보험금(근로자 보상금, 아동의 건강보험 프로그램 등)
- ☐ 기타 출처를 통한 개인보험
- ☐ 아직 현재 고용주를 통해 민간 보험에 가입할 자격이 없음 하지만 일정 기간이 지난 후 자격을 얻게 됨.
- ☐ 의료 보험 보장을 받고 있지 않음.

재향군인 지위 정보

17. 신청 당시 귀하의 재향군인 지위는 어디에 해당합니까?

☐ 재향군인 아님 ☐ 재향군인임

재향군인인 경우 어떤 유형의 제대를 하셨습니까? ☐ 명예 제대 ☐ 불명예 제대 ☐ 기타

필수 공시 및 동의

18. 필수 공시 및 동의

본인은 이로써 취업 성과를 달성할 수 있도록 직업재활부(Division of Vocational Rehabilitation, DVR)에 가입합니다. 본인은 공민권법 1964 제 VI 편과 일관되게 차별에 대한 워싱턴 주 법률이 개정된 대로 워싱턴 주 보건사회부가 인종, 피부색, 신념, 종교, 국가, 연령, 성별, 감정적, 정신적, 신체적 장애 유무, 훈련된 안내견이나 도우미 동물의 도움을 받는 장애인, 성적 지향, 퇴역 군인, 상이군인, 베트남전 참전용사, 최근 퇴직한 재향군인, 기타 보호되는 군인 또는 군복무 유무, 모유수유 여성 여부를 기준으로 차별하지 않도록 금지한다는 점을 이해합니다.

본인은 "DVR 고객 권리" 책자 및/또는 온라인 책자 URL 을 받았으며, 본인이 DVR 에서 차별을 경험한 경우 책자에 설명된 불만 제기 절차를 따를 수 있습니다.

본인은 DVR 이 주 및 연방 기관으로부터 개인 정보를 확보해 본인의 혜택, 수익 및 고용된 일자리나 자영업의 이득을 확인함을 이해합니다. 정보를 수집한 기관에는 WAC 388-891A-0103, 34 CFR 361.38(연방규정집) 및 고용안전국(RCW 50.13.060) 그리고 보건사회부(RCW 82.32.330)가 있습니다.

본인은 고객 평가 프로그램에 대한 정보를 받았으며 서비스에 대한 설명을 들었습니다. 또한 본인은 WAC 388-891A-0215 에 따라 언제든지 DVR 의 결정이 불만족스러울 경우 고객 지원 프로그램에 문의하고, 중재와 심의회를 요청할 권한이 있음을 이해합니다.

본인은 DVR 상담사가 본인의 직업 재활 서비스 적격 여부를 판단해야 한다는 점을 이해합니다. 수혜자격을 판단하기 위해 평가를 받을 수 있으며 본인은 해당 평가에 참여할 수 있습니다.

본인은 DVR 이 의료 정보 양도 및 책임에 관한 법안(Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA)에서 다루는 법인이 아니라고 하더라도, DVR 이 WACs 388-891A-0130, 388-891A-0135, 및 388-891A-0150 에 설명된 대로 개인 정보를 기밀로 유지하게 된다는 점을 이해합니다.

본인은 DVR 에서 필수 정보를 확보하고 DSHS 고객 등록 시스템에 공개하는 것을 승인합니다. 이 정보에는 다음 사항이 포함되어 있습니다. 이름, 사회보장번호, 생년월일, 성별, 민족 배경, 현재 치료 기관/시설, DSHS 프로그램 참여

본인의 서명은 본인이 이 양식에 있는 정보를 읽고 이해했음을 나타냅니다.

본인은 다음에 해당하는 사람으로서 서명 권한을 인정받았습니다. ☐ **신청인** ☐ **법적 보호자** ☐ **미성년자 부모**

19. 가입자 / 부모/ 법적 보호자 서명	**날짜**	**신청인이 아닌 경우 이름을 정자체로 기입**

To be Completed by Division of Vocational Rehabilitation Staff (직업재활부 (DVR) 직원만 작성 가능)

NAME OF DVR STAFF ASSIGNED TO APPLICANT	**DATE COMPLETED APPLICATION RECEIVED**