

مشخصات متقاضی خدمات	
1. نام	حرف اول نام میانی نام خانوادگی متقاضی خدمات
2. جنسیت	<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input checked="" type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> بی دوگانه <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/> مایل به افشای آن نیستم
3. تاریخ تولد	4. شماره سوشال سکوریتی
اطلاعات تماس	
5. شماره تلفن (کد ناحیه را هم درج کنید)	6. نشانی ایمیل
7. IP تلفن تصویری	8. کانتی
9. نشانی خیابان	شهر ایالت کد پستی
10. شیوه ارتباط ترجیحی	11. امکانات دسترسی به زبان؟
<input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> تلفن <input type="checkbox"/> پست <input type="checkbox"/> سایر:	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر زبان ترجیحی اصلی:
اطلاعات دانش آموز و معلولیت	
12. ثبت نام شده در یک برنامه آموزشی رسمی، شامل، اما نه محدود به: دبیرستان، مدرسه فنی یا حرفه‌ای، یا کالج منطقه‌ای یا فنی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
<b>دانش آموز دچار معلولیت:</b> <input type="checkbox"/> 0. فرد دانش آموز دچار معلولیت نیست <input type="checkbox"/> 1. دانش آموز دچار معلولیت و در حال دریافت امکانات 504 <input type="checkbox"/> 2. دانش آموز دچار معلولیت و در حال دریافت خدمات انتقال طبق یک IEP <input type="checkbox"/> 3. دانش آموز دچار معلولیت، بدون دریافت امکانات 504، و بدون دریافت خدمات انتقال طبق یک IEP.	
<b>فرد دچار معلولیت:</b> <input type="checkbox"/> 1. گزارش‌های فردی مبنی بر اینکه او دچار نوعی معلولیت، طبق تعریف مندرج در قانون آمریکایی‌های دچار معلولیت، است <input type="checkbox"/> 0. گزارش‌های فردی مبنی بر اینکه او دچار نوعی معلولیت، طبق تعریف مذکور، نیست <input type="checkbox"/> 9. فرد اطلاعات لازم را درباره خودش ارائه نکرد	
اطلاعات نژاد و قومیت	
13. نژاد و قومیت	
ارائه این اطلاعات برای دریافت خدمات DVR ضروری نیست. دولت فدرال مؤسسات توان بخشی حرفه‌ای را ملزم کرده که اطلاعات نژاد/قومیت را فقط برای مقاصد داده‌ای ثبت کنند. اگر تصمیم دارید این اطلاعات را فاش نکنید، DVR باید نژاد/قومیت شما را مشخص کند. همه مؤسساتی که بودجه فدرال را دریافت می‌کنند باید داده‌های نژاد/قومیت را از طریق گزارش خود متقاضی خدمات یا مشاهدات کارکنان گزارش کنند. دستورالعمل شماره 15 سیاست آماري اداره مدیریت و بودجه (OMB) فدرال، با عنوان «استانداردهای نژاد و قومیت برای آمار فدرال و گزارش‌دهی اداری»، مبنای گزینه‌های زیر است.	
<b>قومیت:</b> <input type="checkbox"/> اسپانیایی‌تبار/لاتین‌تبار نیستم <input type="checkbox"/> اسپانیایی‌تبار/لاتین‌تبار <input type="checkbox"/> اسپانیایی‌تبار/لاتین‌تبار <input type="checkbox"/> اطلاعات لازم را درباره خودش ارائه نکرد <input type="checkbox"/> آمریکایی مکزیکي <input type="checkbox"/> کوبایی <input type="checkbox"/> سایر (لطفاً مشخص کنید): <input type="checkbox"/> پورتوریکویی <input type="checkbox"/> چیکانو	
<b>نژاد:</b> لطفاً کادر(های) مناسب زیر را در رابطه با نژاد/قومیت خود علامت بزنید.	
<input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا؛ در صورت علامت زدن، لطفاً قبیله را ذکر کنید: <input type="checkbox"/> کامبوجی <input type="checkbox"/> هندی (آسیای جنوب شرقی) <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> سایر ساکنان آسیایی یا بومی جزایر اقیانوس آرام (لطفاً مشخص کنید): <input type="checkbox"/> سایر (لطفاً مشخص کنید): <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> کره‌ای <input type="checkbox"/> سفید/آمریکایی اروپایی <input type="checkbox"/> فیلیپینی <input type="checkbox"/> لائوسی <input type="checkbox"/> گوامانیایی <input type="checkbox"/> ساموایی <input type="checkbox"/> مایل به افشا نیست <input type="checkbox"/> گزارش نشده	

## اطلاعات ارجاع

14. چه کسی شما را به DVR ارجاع داد؟ اگر ارجاع داده نشدید، لطفاً «خودارجاع» را انتخاب کنید.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> برنامه آموزش و آموزش وزارت کار                   | <input type="checkbox"/> 14(c) دارنده گواهی                               |
| <input type="checkbox"/> مؤسسه آموزشی (دبیرستان)                          | <input type="checkbox"/> برنامه آموزش یا سوادآموزی بزرگسالان              |
| <input type="checkbox"/> مؤسسه آموزشی (پس از متوسطه/کالج)                 | <input type="checkbox"/> برنامه خدمات توانبخشی حرفه‌ای سرخپوستان آمریکایی |
| <input type="checkbox"/> کارفرما  | <input type="checkbox"/> مرکز زندگی مستقل                                 |
| <input type="checkbox"/> ارائه‌دهنده اشتغال تمدید شده                     | <input type="checkbox"/> خدمات حفاظت از کودکان                            |
| <input type="checkbox"/> سازمان مبتنی بر ایمان                            | <input type="checkbox"/> برنامه توانبخشی جامعه                            |
| <input type="checkbox"/> خانواده/دوست                                     | <input type="checkbox"/> اداره خدمات اجتماعی                              |
| <input type="checkbox"/> کودکان رضاعی                                     | <input type="checkbox"/> دفتر خدمات اجتماعی                               |
| <input type="checkbox"/> ارائه‌دهنده خدمات مربوط به ناتوانی‌های فکری/رشدی | <input type="checkbox"/> سازمان مصرف‌کننده/وکالت                          |
|   | <input type="checkbox"/> خودارجاع   |

## اطلاعات پشتیبانی مالی

15. آیا حمایت مالی عمومی دریافت می‌کنید؟ اگر بله، مبلغ تقریبی ماهانه‌ای که از هر منبع دریافت می‌کنید چقدر است؟

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> مزایای معلولیت کهنسربازان      | <input type="checkbox"/> بیمه از کارافتادگی سوشال سکوریتی (SSDI)                   |
| <input type="checkbox"/> غرامت کارگران                  | <input type="checkbox"/> کمک موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF)                  |
| <input type="checkbox"/> کمک‌های عمومی (ایالتی یا محلی) | <input type="checkbox"/> امنیت شغلی (مزایای بیکاری)                                |
| <input type="checkbox"/> هیچ‌کدام                       | <input type="checkbox"/> درآمد تأمینی تکمیلی (SSI) برای افراد مسن، نابینا یا معلول |

مبلغ SSDI تأیید شده: \$ \_\_\_\_\_

مبلغ SSI تأیید شده: \$ \_\_\_\_\_

همه حمایت‌های عمومی دیگر: \$ \_\_\_\_\_

کل مبلغ: \$ \_\_\_\_\_

## اطلاعات پزشکی

16. آیا در زمان این درخواست، پوشش بیمه درمانی دارید؟

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> بیمه خصوصی از طریق منبع دیگر                          | <input type="checkbox"/> Medicaid   |
| <input type="checkbox"/> هنوز واجد شرایط بیمه خصوصی از طریق کارفرمای فعلی نیست | <input type="checkbox"/> Medicare   |
| اما پس از مدت زمانی معین واجد شرایط خواهد بود.                                 | <input type="checkbox"/> مبادله قانون مراقبت مقرون‌بصرفه  |
| <input type="checkbox"/> فرد دارای پوشش بیمه درمانی نیست.                      | <input type="checkbox"/> بیمه خصوصی از طریق کارفرمای شخصی   |
|  | <input type="checkbox"/> بیمه عمومی از سایر منابع (غرامت کارگر، برنامه بیمه سلامت کودکان، و غیره) |

## اطلاعات وضعیت کهنسرباز

17. وضعیت کهنسرباز شما در زمان این درخواست چگونه است؟

- فرد کهنسرباز نیست  فرد کهنسرباز است

## افشاهای رضایت‌نامه ضروری

18. افشاهای رضایت‌نامه ضروری

بدین‌وسیله تقاضای خود را به بخش توانبخشی حرفه‌ای (DVR) برای خدماتی که به من امکان اشتغال می‌دهد، تسلیم می‌کنم. من درک می‌کنم که مطابق با فصل VI از قانون حقوق مدنی 1964، و اصلاحات آن و نیز قوانین ایالت واشنگتن، علیه تبعیض، اداره کل خدمات اجتماعی و بهداشتی ایالت واشنگتن تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، عقیده، مذهب، خاستگاه ملی، سن، جنسیت، وجود هرگونه ناتوانی حسی، ذهنی یا جسمی، استفاده از سگ راهنمای آموزش‌دیده یا حیوان خدمات‌رسان توسط یک فرد دچار معلولیت، گرایش جنسی، کهنسرباز مرخص شده با افتخار، کهنسرباز معلول، کهنسرباز دوران ویتنام، کهنسرباز اخیراً جدا شده از ارتش، سایر کهنسربازان محافظت شده یا دارای وضعیت سربازی یا وضعیت مادری که به فرزندش شیر می‌دهد، را ممنوع می‌کند.

من بروشور خط‌مشی پر هیز از تبعیض DSHS، موسوم به DSHS 22-171، را دریافت کرده‌ام و می‌دانم که اگر معتقد باشم که مورد تبعیض قرار گرفته‌ام، می‌توانم مراحل تسلیم شکایت علیه تبعیض را به شرح مندرج در این بروشور دنبال کنم.

می‌دانم که DVR ممکن است اطلاعات شخصی من را از مؤسسات ایالتی و فدرال برای تأیید مزایا، عواید، و درآمد من از محل استخدام یا شغل آزادم دریافت کند. مقرراتی که طبق آن این اطلاعات جمع‌آوری می‌شود عبارت‌اند از 34 CFR 361.38، WAC 388-891A-0103 (مجموعه مقررات فدرال) و RCW 50.13.060 برای امنیت شغلی و RCW 82.32.330 برای اداره کل عواید و دارایی.

من اطلاعات مربوط به «برنامه کمک به متقاضی خدمات» را دریافت کرده‌ام و خدمات این برنامه برای من توضیح داده شده است. همچنین، می‌دانم که مطابق با WAC 388-891A-0215، اگر در هر زمانی از هریک از تصمیمات DVR ناراضی باشم، این حق را دارم که با «برنامه کمک به متقاضی خدمات» تماس بگیرم و درخواست میانجی‌گری و/یا درخواست رسیدگی رسمی کنم.

من می‌دانم که یک مشاور DVR باید تعیین کند که آیا من واجد شرایط خدمات توان‌بخشی حرفه‌ای هستم یا خیر. ممکن است برای تعیین صلاحیت به ارزیابی نیاز باشد؛ و من مایل و آماده شرکت در آن ارزیابی هستم.

من درک می‌کنم که اگر چه DVR یک مؤسسه تحت پوشش قانون قابلیت انتقال و مسئولیت‌پذیری اطلاعات سلامت (HIPAA) نیست، DVR اطلاعات شخصی من را همان‌طور که در 388-891A-0135، WACs 388-891A-0130، و 388-891A-0150 توضیح داده شده، محرمانه نگه می‌دارد.

من به DVR اجازه می‌دهم اطلاعات موردنیاز را کسب کند و آنها را در اختیار سیستم ثبت‌نام متقاضی خدمات DSHS بگذارد. این اطلاعات شامل موارد زیر است: نام؛ شماره سوشال سکوریته؛ تاریخ تولد؛ جنسیت؛ پیشینه قومی؛ مؤسسه/مرکز درمانی فعلی؛ و مشارکت در برنامه DSHS

امضای من نشان می‌دهد که اطلاعات این فرم را خوانده و درک کرده‌ام.

من مجاز به امضا هستم زیرا من:  هستم متقاضی خدمات  سرپرست قانونی  والدین کودک صغیر

19. امضای متقاضی خدمات/والد/سرپرست قانونی	تاریخ	نام با حروف بزرگ و خوانا، اگر متقاضی خدمات نیست
توسط کارکنان بخش توان‌بخشی حرفه‌ای تکمیل می‌شود		
امضای کارمند DVR تعیین شده برای متقاضی خدمات	تاریخ	نام با حروف بزرگ و خوانا