

Solicitud de Servicios de Rehabilitación Vocacional

Application for Vocational Rehabilitation Services

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	2. NOMBRE DEL SOLICITANTE INICIAL INTERMEDIA	APELLIDO
3. GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	4. FECHA DE NACIMIENTO	5. CONDADO
6. DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		
7. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> TTY		8. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
		9. IP DE VIDEÓFONO
10. Actualmente recibo: <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI - Discapacitado		
<p>Por este medio solicito a la División de Rehabilitación Vocacional (por sus siglas en inglés, "DVR") servicios que me permitan conseguir un empleo.</p> <p>Comprendo que, de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, con sus enmiendas, y con las leyes del Estado de Washington, en contra de la discriminación, el Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington prohíbe la discriminación con base en raza, color, credo, religión, nacionalidad, edad, sexo, la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física, el uso por parte de una persona con discapacidad de un perro guía o animal de servicio entrenado, orientación sexual, condición de veterano militar honorablemente retirado, condición de veterano de la era de Vietnam, condición de veterano recientemente separado del servicio, otra condición protegida de veterano o militar, o situación de madre que amamanta a su bebé.</p> <p>He recibido el folleto sobre la Política de No Discriminación del DSHS, DSHS 22-171, y comprendo que si creo que he sufrido discriminación puede seguir los pasos que se describen en el folleto para presentar una queja por discriminación. Comprendo que la DVR puede obtener información personal de agencias estatales y federales para verificar mis beneficios, ganancias e ingresos por empleo o autoempleo. La autoridad por la que se recaba esta información incluye a WAC 388-891A-0103, 34 CFR 361.38 (Código de Regulaciones Federales), y a RCW 50.13.060 para seguridad del empleo, y a RCW 82.32.330 para el Departamento de Ingresos.</p> <p>He recibido información sobre el Programa de Asistencia al Cliente y me han explicado sus servicios. También comprendo que, de acuerdo con WAC 388-891A-0215, si en cualquier momento no estoy satisfecho con alguna decisión tomada por la DVR, tengo el derecho a comunicarme con el Programa de Asistencia al Cliente, solicitar una mediación y solicitar una audiencia formal.</p> <p>Comprendo que un asesor de la DVR debe determinar si son elegible o no para Servicios de Rehabilitación Vocacional. Podría ser necesario hacer una evaluación para determinar la elegibilidad, y estoy dispuesto a participar en dicha evaluación.</p> <p>Comprendo que aunque la DVR no es un ente cubierto por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Información de Salud (por sus siglas en inglés, "HIPAA"), la DVR mantendrá confidencial mi información personal tal y como se describe en los WAC 388-891A-0130, 388-891A-0135, y 388-891A-0150.</p> <p>Autorizo a la DVR a obtener y divulgar la información necesaria al sistema de registro de clientes del DSHS. Esta información incluye: Nombre; número de seguro social; fecha de nacimiento; género; antecedentes étnicos; agencia/institución que brinda tratamiento actualmente; y participación en programas del DSHS.</p> <p style="text-align: center;">Mi firma indica que he leído y comprendido la información de este formulario.</p>		
FIRMA DEL SOLICITANTE / PADRE / MADRE / TUTOR		FECHA DE SOLICITUD
SÓLO PARA USO DE PERSONAL DE LA DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)		
MIEMBRO DEL PERSONAL DE LA DVR ASIGNADO AL SOLICITANTE		