

Mesleki Rehabilitasyon Hizmetleri Başvurusu
Application for Vocational Rehabilitation Services

Başvuru Sahibi ile ilgili Bilgiler			
1. BAŞVURU SAHİBİNİN ADI		İKİNCİ ADININ BAŞ HARFİ	SOYADI
3. DOĞUM TARİHİ		4. SOSYAL GÜVENLİK NUMARASI	
		2. CİNSİYET <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> İkili Dışı Cinsiyet <input type="checkbox"/> Diğer: <input type="checkbox"/> Kimlik belirtmemeyi tercih etmektedir	
İrtibat Bilgileri			
5. TELEFON NUMARASI (ALAN KODUNU YAZIN)		6. E-POSTA ADRESİ	
7. GÖRÜNTÜLÜ TELEFON İP'Sİ		8. İLÇE	
9. CADDE ADRESİ		ŞEHİR	EYALET POSTA KODU
10. TERCİH EDİLEN İLETİŞİM ŞEKLİ <input type="checkbox"/> E-posta <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Posta <input type="checkbox"/> Diğer:		11. DİL ERİŞİMİ DESTEĞİ İSTİYOR MUSUNUZ? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Tercih Ettiğiniz Asıl Dil:	
Öğrenci ve Engellilik ile ilgili Bilgiler			
12. Sınırlama olmaksızın aşağıda belirtilen okulları kapsayan ve tanınan bir eğitim programına kayıtlı öğrenci: Lise, Meslek veya Teknik Okul, Toplum veya Teknik Bilimler Yüksek Okulu: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
Engelli öğrenci: <input type="checkbox"/> 0. Birey engelli bir öğrenci değildir <input type="checkbox"/> 1. Engelli olup 504 desteği alan öğrenci <input type="checkbox"/> 2. Engelli olup Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı (IEP) kapsamında geçiş hizmetleri alan öğrenci <input type="checkbox"/> 3. Engelli olup 504 desteği ve IEP kapsamında geçiş hizmetleri almayan öğrenci.			
Engelli birey: <input type="checkbox"/> 1. Birey, Engelli Amerikalılar Yasası (Americans with Disabilities Act) kapsamında tanımlanan şekilde bir engeli bulunduğunu belirtmektedir <input type="checkbox"/> 0. Birey, tanımı karşılayan bir engelinin bulunmadığını belirtmektedir <input type="checkbox"/> 9. Birey kendisini tanımlamamıştır			
İrk ve Etnik Köken ile ilgili Bilgiler			
13. İRK VE ETNİK KÖKEN DVR hizmetleri almak istiyorsanız bu bilgilerin temin edilmesi gerekmemektedir. Federal hükümet, mesleki rehabilitasyon (VR) kurumlarının yalnızca veri amaçlı olarak ırk / etnik köken ile ilgili bilgileri tutmasını öngörmektedir. Bu bilgilerin açıklanmamasını istediğiniz takdirde DVR ırkınızı / etnik kökeninizi belirtmelidir. Federal fon tüm kurumlar, müşteriye ait öz bildirim veya personel gözlemi ile edilen ırk / etnik köken ile ilgili bilgileri bildirmelidir. Federal Yönetim ve Bütçe Dairesi'nin (OMB) "Federal İstatistikler ve İdari Bildirim İrk ve Etnik Köken Standartları" başlıklı 15 Sayılı İstatistik Politikası Direktifi aşağıda belirtilen seçeneklerin esasını teşkil etmektedir.			
Etnik Köken: İspanyol / Latin kökenliyseniz lütfen aşağıda yer alan uygun kutucuk(lar)ı işaretleyiniz: <input type="checkbox"/> İspanyol / Latin Kökenli Değil <input type="checkbox"/> Meksika Kökenli Amerikalı <input type="checkbox"/> Porto Rikolu <input type="checkbox"/> İspanyol / Latin kökenli <input type="checkbox"/> Kübalı <input type="checkbox"/> Meksika Kökenli <input type="checkbox"/> Kendisini tanımlamadı <input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz):			
İrk: Lütfen ırkınız / etnik kökeniniz konusunda aşağıda yer alan uygun kutucuk(lar)ı işaretleyiniz: <input type="checkbox"/> Kızılderili / Alaska Yerlisi; bu kısım işaretlendiyse lütfen Kabileye / Topluluğa Bağlılık hususlarını belirtiniz: <input type="checkbox"/> Siyahi / Afrika Kökenli Amerikalı <input type="checkbox"/> Kamboçyalı <input type="checkbox"/> Çinli <input type="checkbox"/> Filipinli <input type="checkbox"/> Guamlı <input type="checkbox"/> Havaii <input type="checkbox"/> Hintli (Güneydoğu Asyalı) <input type="checkbox"/> Koreli <input type="checkbox"/> Laoslu <input type="checkbox"/> Samoalı <input type="checkbox"/> Taylandlı <input type="checkbox"/> Vietnamlı <input type="checkbox"/> Japon <input type="checkbox"/> Beyaz / Avrupa Kökenli Amerikalı <input type="checkbox"/> Diğer Asyalı veya Pasifik Adalı (lütfen belirtiniz): <input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz): <input type="checkbox"/> Açıklanması istenmiyor <input type="checkbox"/> Bildirilmemiştir			

Yönlendirme Bilgileri

14. Sizi DVR'ye kim yönlendirdi? Yönlendirilmediyseniz lütfen "Kendisi Başvurdu" seçeneğini seçiniz.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kendisi Başvurdu | <input type="checkbox"/> Çocuk-Genç Rehabilitasyonu |
| <input type="checkbox"/> 14(c) Sertifika Sahibi | <input type="checkbox"/> Sağlık Kurumu |
| <input type="checkbox"/> Yetişkin Eğitimi veya Okur Yazarlık Programı | <input type="checkbox"/> Ruh Sağlığı Kurumu |
| <input type="checkbox"/> Kızılderili VR Hizmetleri Programı | <input type="checkbox"/> Diğer Çözüm Ortağı |
| <input type="checkbox"/> Bağımsız Yaşam Merkezi | <input type="checkbox"/> Diğer Eyalet Kurumu |
| <input type="checkbox"/> Çocuk Koruma Hizmetleri | <input type="checkbox"/> Diğer Eyalet VR Kurumu |
| <input type="checkbox"/> Toplum Rehabilitasyon Programı | <input type="checkbox"/> Diğer İş Gücü ve Fırsat Yasası (WIOA) Programları
(örneğin: JobCorps, YouthBuild) |
| <input type="checkbox"/> Toplum Hizmetleri Bölümü | <input type="checkbox"/> Kamu Konut Kurumu |
| <input type="checkbox"/> Toplum Hizmetleri Dairesi | <input type="checkbox"/> Sosyal Sigortalar Kurumu |
| <input type="checkbox"/> Tüketici Örgütü veya Savunma Grubu | <input type="checkbox"/> Yardıma Muhtaç Aileler için Geçici Yardım (TANF) - CSD |
| <input type="checkbox"/> İş, İstihdam ve Eğitim Programı Departmanı | <input type="checkbox"/> Emekli Subay/Gazi Sosyal Yardım Kuruluşu |
| <input type="checkbox"/> Eğitim Kurumu (Lise) | <input type="checkbox"/> Emekli Subay/Gazi Sağlık Kuruluşu |
| <input type="checkbox"/> Eğitim Kurumu (Lise Sonrası / Yüksek Okul) | <input type="checkbox"/> WA Eyaleti Ceza İnfaz Kurumu |
| <input type="checkbox"/> İşveren | <input type="checkbox"/> Wagner-Peyser İstihdam Hizmet Programı |
| <input type="checkbox"/> Uzun Süreli İstihdam Sağlayıcısı | <input type="checkbox"/> Sosyal Yardım Kuruluşu (DSHS) |
| <input type="checkbox"/> İnanç Temelli Kuruluş | <input type="checkbox"/> İşçi Tazminatı |
| <input type="checkbox"/> Aile / Arkadaş | <input type="checkbox"/> Diğer Kaynak |
| <input type="checkbox"/> Korunmaya Muhtaç Genç | |
| <input type="checkbox"/> Zihinsel / Gelişimsel Engelliler Sağlayıcısı | |

Mali Destek ile ilgili Bilgiler

15. Devlettten mali destek alıyor musunuz? Cevabınız evet ise her bir kaynaktan aldığınız yaklaşık aylık tutar nedir?

- | | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Hayır | |
| <input type="checkbox"/> Sosyal Sigortalar Maluliyet Sigortası
(Social Security Disability Insurance-SSDI) | Tutar: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Yardıma Muhtaç Aileler için Geçici Yardım (TANF) | Tutar: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> İş Güvencesi (İşsizlik Parası) | Tutar: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Yaşlı, Kör veya Engelliler için Ek Güvenlik Geliri
(Supplemental Security Income (SSI)) | Tutar: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Emekli Subay/Gazi Maluliyet Tazminatı | Tutar: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> İşçi Tazminatı | Tutar: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Genel Yardım (eyalet veya yerel bölge) | Tutar: \$ _____ |

Toplam Tutar: \$ _____

Sağlık Bilgileri

16. Bu başvuruyu yaptığınız an itibariyle bir sağlık sigortası teminatınız bulunmakta mıdır?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Yoksullar için Sağlık Yardımı (Medicaid) | <input type="checkbox"/> Diğer kaynaklar vasıtasıyla yaptırılan özel sigortalar |
| <input type="checkbox"/> Yaşlılar için devlet sağlık sigortası (Medicare) | <input type="checkbox"/> Mevcut işveren üzerinden özel sigortaya henüz hak kazanmamış
ancak belli bir süreden sonra hak kazanabilecektir. |
| <input type="checkbox"/> Hesaplı Sağlık Hizmetleri Yasası | <input type="checkbox"/> Bireyin, sağlık sigortası teminatı bulunmamaktadır. |
| <input type="checkbox"/> İşveren vasıtasıyla yaptırılan özel sigortalar | |
| <input type="checkbox"/> Diğer kaynaklardan çıkartılan devlet sigortası (İşçi Tazminatı, Çocuk Sağlığı Sigorta Programı, vs.) | |

Emekli Subay/Gazi Statüsü ile ilgili Bilgiler

17. Bu başvuruyu yaptığınız an itibariyle emekli subay/gazi statünüz nedir?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Emekli subay/gazi değilim | <input type="checkbox"/> Emekli subayım/gaziyim |
|--|---|
- Emekli subaysanız/gaziyseniz ordudan nasıl ayrıldınız:
- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Onur Nişanı Alarak | <input type="checkbox"/> Kötü bir Davranış Nedeniyle Ordudan Ayrılarak | <input type="checkbox"/> Diğer |
|---|--|--------------------------------|

Gerekli Açıklamalar ve Onay

18. GEREKLİ AÇIKLAMALAR VE ONAY

İş ile ilgili bir sonuç almamı sağlayacak hizmetler için Mesleki Rehabilitasyon Bölümüne başvuruda bulunuyorum. Washington Eyaleti Sosyal ve Sağlık Hizmetleri Bakanlığı'nın; ayrımcılığa karşı yeniden düzenlenmiş haliyle, 1964 tarihli Yurttaş Hakları Kanunu'nun VI Maddesi ve Washington Eyalet Yasası uyarınca, ırk, renk, inanç, din, ulusal köken, yaş, cinsiyet, duysal, ruhsal ya da fiziksel engellilik, engelli bir bireyin eğitilmiş bekçi köpeği veya hizmet hayvanı kullanması, cinsel yönelim, ordudan onur nişanı ile ayrılan subay, engelli subay, Vietnam gazisi, yakın zamanda ayrılan subay, koruma altında bulunan diğer askeri statüleri veya çocuğunuz emziren anne statüsü taşıyan kişilere karşı ayrımcılığı men ettiği hususunu anlamış bulunuyorum.

DSHS Ayrımcılık Yapmama Politikası ile ilgili DSHS 22-171 nolu broşürünü teslim aldım ve aleyhime ayrımcılığın yapıldığını düşündüğüm takdirde broşürde özet olarak belirtilen ayrımcılık konusunda şikâyetle bulunma adımlarını izleyebileceğimi anlamış bulunuyorum.

DVR'nin, istihdamdan veya serbest meslekten elde edilen sosyal yardım, kazanç ve gelirleri doğrulamak amacıyla eyalet ve federal kuruluşlardan kişisel bilgiler temin edebileceğini anlamış bulunuyorum. Bilgi toplama yetkisi; 388-891A-0103 sayılı WAC (Washington Eyaleti İdari Yasası), 34 CFR 361.38 (Federal Düzenlemeler Kanunu) ve 50.13.060 sayılı İş Güvencesi ile ilgili RCW (Düzenlenmiş Haliyle Washington Yasası) ve Gelir İdaresi Başkanlığı ile ilgili 82.32.330 sayılı RCW'yi kapsamaktadır.

Müşteri Destek Programı ile ilgili bilgileri almış bulunuyorum; ayrıca bu program kapsamında verilen hizmetler de tarafıma açıklanmıştır. Bunun yanı sıra 388-891A-0215 sayılı WAC gereğince, herhangi bir zamanda DVR tarafından verilen karardan memnun olmadığım takdirde Müşteri Destek Programı ile irtibata geçerek aracı talebinde bulunabileceğimi ve resmi bir duruşma yapılması yönünde istemde bulunabileceğimi anlamış bulunuyorum.

DVR danışmanının, Mesleki Rehabilitasyon Hizmetlerinden yararlanıp yararlanamayacağıma karar vermesi gerektiğini anlamış bulunuyorum. Bu hizmetlere hak kazanıp kazanmadığının belirlenebilmesi için bir değerlendirme yapılması gerekebilir; söz konusu değerlendirmede hazır bulunacağım.

DVR'nin, Hasta Bilgi Nakli ve Mesuliyet Yasası (Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA)) kapsamına giren bir kurum olmamasına rağmen WAC kapsamında 388-891A-0130, 388-891A-0135 ve 388-891A-0150 sayılı maddelerde de açıklandığı şekliyle kişisel bilgilerimi gizli tutacağını anlamış bulunuyorum

Gerekli bilgilerin temin edilerek DSHS müşteri kayıt sistemine açıklanması konusunda DVR'yi yetkilendirmiş bulunuyorum. Bu bilgiler arasında şunlar yer almaktadır: Ad; sosyal güvenlik numarası; doğum tarihi; cinsiyet; etnik geçmiş; mevcut tedavi kurumu / tesisi ve DSHS programına katılım

İmza atmak suretiyle bu form üzerinde bulunan bilgileri okuduğumu ve anladığımı belirtmiş bulunuyorum.

Aşağıda belirtilen unvan altında belgeyi imzalamaya yetkiliyim:

Başvuru Sahibi Yasal Vasi Reşit Olmayan Ebeveyni

19. BAŞVURU SAHİBİNİN / EBEVEYNİN / YASAL VASİNİN İMZASI TARİH

BAŞVURU SAHİBİ DEĞİLSE YAZILI OLARAK ADI VE SOYADI

Mesleki Rehabilitasyon Bölümü Personeli tarafından doldurulacaktır

BAŞVURU SAHİBİNE ATANAN DVR PERSONELİNİN ADI

ALINAN BAŞVURUNUN TAMAMLANMA TARİHİ