

## Заявка на послуги з професійної реабілітації Application for Vocational Rehabilitation Services

| Інформація щодо заявника  |                                   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|
| 1. ІМ'Я ЗАЯВНИКА  | ДРУГИЙ ІНІЦІАЛ                    | ПРИЗВИЩЕ   | 2. СТАТЬ  |
|   |                                   |  | <input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка <input type="checkbox"/> X<br><input type="checkbox"/> Небінарна особа<br><input type="checkbox"/> Інше:<br><input type="checkbox"/> Якщо вирішено не відповідати |
| 3. ДАТА НАРОДЖЕННЯ  | 4. НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ |  |   |
| Контактна інформація  |                                   |  |   |
| 5. НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)   |                                   | 6. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ  |   |
| 7. IP-ВІДЕОТЕЛЕФОН  |                                   | 8. ОКРУГ   |   |
| 9. АДРЕСА ВУЛИЦІ  |                                   | МІСТО  | ШТАТ  |
|   |                                   | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС  |   |
| 10. БАЖАНИЙ СПОСІБ ЗВ'ЯЗКУ  |                                   | 11. ДОПОМОГА З МОВНОГО ДОСТУПУ?  |   |
| <input type="checkbox"/> Електронна пошта <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Пошта<br><input type="checkbox"/> Інше:   |                                   | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні<br>Основна бажана мова: |   |
| Інформація про студентів та інвалідність  |                                   |  |   |
| <b>12. Зарахований до визнаної освітньої програми, включаючи, але не обмежуючись: Середня школа, професійно-технічне училище, громада або технічний коледж:</b> <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні  |                                   |  |   |
| <b>Студент з інвалідністю:</b><br><input type="checkbox"/> 0. Особа не є студентом з інвалідністю<br><input type="checkbox"/> 1. Студент має інвалідність та отримує спеціальні засоби 504<br><input type="checkbox"/> 2. Студент має інвалідність та отримує послуги з підтримки в перехідному періоді згідно з IEP<br><input type="checkbox"/> 3. Студент має інвалідність, не отримує спеціальні засоби 504 і не отримує послуги з підтримки в перехідному періоді згідно з IEP.   |                                   |  |   |
| <b>Особа з інвалідністю:</b><br><input type="checkbox"/> 1. Особа повідомляє, що вона має будь-яку інвалідність, як визначено в Законі про американців з інвалідністю<br><input type="checkbox"/> 0. Особа повідомляє, що вона не має інвалідності, яка відповідає визначенню<br><input type="checkbox"/> 9. Особа не самоідентифікувалася  |                                   |  |   |
| Інформація про расову та етнічну приналежність  |                                   |  |   |
| <b>13. РАСА ТА ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ</b><br>Для отримання послуг DVR надавати цю інформацію не обов'язково. Федеральний уряд вимагає, щоб агенції VR зберігали інформацію про расу/етнічну приналежність лише для інформативних цілей. Якщо ви вирішите не розголошувати цю інформацію, DVR має вказати вашу расову/етнічну приналежність. Усі агенції, які отримують федеральні кошти, повинні повідомляти дані про расову/етнічну приналежність або шляхом самостійного звіту клієнта, або за спостереженнями персоналу.<br>Директива Федерального управління та бюджету (OMB) щодо статистичної політики № 15 «Стандарти расової та етнічної приналежності для федеральної статистики та адміністративної звітності» є основою для наведених нижче варіантів.  |                                   |  |   |
| <b>Етнічна приналежність:</b> Якщо Південноамериканець / Латиноамериканець, будь ласка, позначте відповідні поля нижче:<br><input type="checkbox"/> Не Південноамериканець / Латиноамериканець <input type="checkbox"/> Американець мексиканського походження <input type="checkbox"/> Пуерториканець<br><input type="checkbox"/> Південноамериканець / Латиноамериканець <input type="checkbox"/> Кубинець <input type="checkbox"/> Чикано<br><input type="checkbox"/> Особа не самоідентифікувалася <input type="checkbox"/> Інше (вказіть):  |                                   |  |   |
| <b>Раса:</b><br>Будь ласка, позначте відповідні поля нижче щодо вашої расової/етнічної приналежності.<br><input type="checkbox"/> Американський індіанець / Представник корінних народів Аляски; якщо позначено, укажіть плем'я:<br><input type="checkbox"/> Темношкірий / Афроамериканець <input type="checkbox"/> Камбоджієць <input type="checkbox"/> Китаєць <input type="checkbox"/> Філіппінець <input type="checkbox"/> Гуаманієць<br><input type="checkbox"/> Гаваєць <input type="checkbox"/> Індієць (Південно-Східна Азія) <input type="checkbox"/> Кореєць <input type="checkbox"/> Лаосець <input type="checkbox"/> Самоанець<br><input type="checkbox"/> Таєць <input type="checkbox"/> В'єтнамець <input type="checkbox"/> Білошкірий/Європейський американець<br><input type="checkbox"/> Інший представник народів Азії та Тихоокеанських островів (вказіть):<br><input type="checkbox"/> Інше (вказіть): <input type="checkbox"/> Не хочу розголошувати <input type="checkbox"/> Не вказано |                                   |  |   |

## Інформація про направлення

**14. Хто направив вас до DVR? Якщо вас не направляли, будь ласка, виберіть «Самонаправлення».**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Власник сертифікату 14(с)                         | <input type="checkbox"/> Програма зайнятості та навчання Департаменту праці         |
| <input type="checkbox"/> Програма освіти або грамотності для дорослих      | <input type="checkbox"/> Навчальний заклад (середня школа)                          |
| <input type="checkbox"/> Програма VR послуг для американських індіанців    | <input type="checkbox"/> Навчальний заклад (після середньої школи / коледж)         |
| <input type="checkbox"/> Центр самостійного життя                          | <input type="checkbox"/> Роботодавець   |
| <input type="checkbox"/> Служба захисту дітей                              | <input type="checkbox"/> Постачальник розширеної зайнятості                         |
| <input type="checkbox"/> Програма позалікарняної реабілітації              | <input type="checkbox"/> Релігійна організація                                      |
| <input type="checkbox"/> Відділ громадських послуг                         | <input type="checkbox"/> Сім'я / друг   |
| <input type="checkbox"/> Офіс громадських послуг                           | <input type="checkbox"/> Молодь на патронатному вихованні                           |
| <input type="checkbox"/> Організація споживачів / Правозахисна організація | <input type="checkbox"/> Постачальник послуг для осіб з вадами інтелекту / розвитку |
| <input type="checkbox"/> Самонаправлення                                   |   |

## Інформація про фінансову підтримку

**15. Чи отримуєте ви державну фінансову підтримку? Якщо так, то яку приблизну місячну суму ви отримуєте з кожного джерела?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Соціальне страхування на випадок інвалідності (SSDI)                            | <input type="checkbox"/> Пільги по інвалідності ветеранів        |
| <input type="checkbox"/> Тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям (TANF)                               | <input type="checkbox"/> Компенсації працівникам                 |
| <input type="checkbox"/> Гарантія працевлаштування (допомога по безробіттю)                              | <input type="checkbox"/> Загальна допомога (державна чи місцева) |
| <input type="checkbox"/> Додатковий соціальний дохід (SSI) для людей похилого віку, сліпих або інвалідів | <input type="checkbox"/> Не отримую                              |

Перевірена сума SSDI: \$ \_\_\_\_\_

Перевірена сума SSI: \$ \_\_\_\_\_

Вся інша державна підтримка: \$ \_\_\_\_\_

Загальна сума: \$ \_\_\_\_\_

## Медична інформація

**16. Чи маєте ви медичне страхове покриття на момент подання цієї заявки?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid  | <input type="checkbox"/> Приватне страхування через інше джерело   |
| <input type="checkbox"/> Medicare  | <input type="checkbox"/> Ще не маю права на приватне страхування через поточного роботодавця, але матиму право через певний період часу. |
| <input type="checkbox"/> Біржа згідно до Закону про доступне лікування   | <input type="checkbox"/> Особа не має медичного страхового покриття.   |
| <input type="checkbox"/> Приватне страхування через власного роботодавця   |  |
| <input type="checkbox"/> Державне страхування з інших джерел (компенсація працівникам, програма дитячого медичного страхування тощо) |  |

## Інформація про статус ветерана

**17. Який ваш статус ветерана на момент подання цієї заявки?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Особа не є ветераном | <input type="checkbox"/> Особа є ветераном |
|---|--|

## Необхідне розкриття інформації та згода

**18. НЕОБХІДНЕ РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА ЗГОДА**

Цим я звертаюся до Відділу професійної реабілітації (DVR) для отримання послуг, які дозволять мені досягти результату у вигляді працевлаштування. Я розумію, що згідно з розділом VI Закону про громадянські права 1964 року з поправками та законами штату Вашингтон про заборону дискримінації Департамент соціального забезпечення та охорони здоров'я штату Вашингтон забороняє дискримінацію за ознаками раси, кольору шкіри, віросповідання, релігії, національного походження, віку, статі, наявністю будь-яких сенсорних, розумових чи фізичних вад, через використання навченого собаки-поводиря або службової тварини особою з обмеженими можливостями, через сексуальну орієнтацію, статус ветерана, звільненого з почесних обов'язків, ветерана-інваліда, ветерана епохи В'єтнаму, нещодавно звільненого ветерана, або інший захищений статус ветерана або військовий статус, або статус матері, яка годує дитину.

Я отримав брошуру DSHS щодо Політики недискримінації, DSHS 22-171, і розумію, що якщо я вважаю, що мене дискримінували, я можу виконати кроки для подання скарги про дискримінацію, викладені у брошурі.

Я розумію, що DVR може отримувати особисту інформацію від державних і федеральних агенцій, щоб перевірити мої пільги, заробітки та доходи від роботи чи самозайнятості. Повноваження, згідно з якими збирається інформація, включають WAC 388-891A-0103, 34 CFR 361.38 (Кодекс федеральних нормативних актів) і RCW 50.13.060 щодо безпеки зайнятості та RCW 82.32.330 для Департаменту доходів.

Я отримав інформацію про Програму підтримки клієнтів і мені пояснили послуги цієї програми. Я також розумію, що відповідно до WAC 388-891A-0215, якщо я в будь-який час буду незадоволений будь-яким рішенням, прийнятим DVR, я маю право звернутися до Програми підтримки клієнтів, подати запит на посередництво та офіційне слухання.

Я розумію, що консультант DVR повинен визначити, чи маю я право на послуги з професійної реабілітації. Може знадобитися оцінка, щоб визначити відповідність вимогам, і я можу взяти участь у цій оцінці.

Я розумію, що хоча DVR не є організацією, на яку поширюється Закон про перенесення та підзвітність медичної інформації (HIPAA), DVR зберігатиме конфіденційність моєї особистої інформації, як описано в WAC 388-891A-0130, 388-891A-0135 та 388-891A-0150

Я дозволяю DVR отримувати та розкривати необхідну інформацію системі реєстру клієнтів DSHS. Ця інформація включає: ім'я та прізвище; номер соціального страхування; дата народження; стать; етнічне походження; агентство/заклад поточного лікування; та участь у програмі DSHS

**Мій підпис свідчить про те, що я прочитав і зрозумів інформацію в цій формі.**

**Я маю право підпису, тому що я:**

Заявник     Законний опікун     Один із батьків неповнолітньої особи

19. ПІДПИС ЗАЯВНИКА / ОДНОГО ІЗ БАТЬКІВ / ЗАКОННОГО ОПІКУНА    ДАТА

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ПЕЧАТНИМИ ЛІТЕРАМИ,  
ЯКЩО НЕ ЗАЯВНИК

**Заповнюється відділом персоналу з професійної реабілітації**

ПІДПИС СПІВРОБІТНИКІВ DVR, ЗАКРІПЛЕНИХ ЗА ЗАЯВНИКОМ    ДАТА

ПРІЗВИЩЕ ТА ІМ'Я ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ