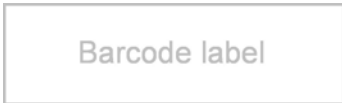


Заявление о состоянии здоровья, образовании и трудовой деятельности Statement of Health, Education, and Employment

А. Сведения о клиенте			
ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ТЕЛЕФОН КЛИЕНТА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ		
<p>1. Подавали ли вы заявление на получение, или получали ли вы любое из следующих пособий?</p> <p><input type="checkbox"/> SSI или социальное пособие по нетрудоспособности, дата: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Пособие для ветеранов (VA), дата: _____</p> <p>2. Заинтересованы ли вы в настоящее время в услугах переподготовки или профессиональной реабилитации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>3. Какой ваш родной язык? _____ Можете ли вы читать и писать по-английски? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>4. Вы левша или правша? <input type="checkbox"/> Левша <input type="checkbox"/> Правша</p>			
В. Сведения о здоровье			
<p>1. Есть ли у вас какие-либо психические или физические заболевания, которые в настоящее время не позволяют вам работать? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если «Да», то укажите все заболевания, которые не позволяют вам работать.</p> <p>2. Проходили ли вы лечение по поводу этих заболеваний? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если «Да», то укажите, пожалуйста, следующие сведения:</p>			
ЗАБОЛЕВАНИЕ	КЛИНИКА / БОЛЬНИЦА	ДАТЫ	КУРС ЛЕЧЕНИЯ / ПРИНИМАЕМЫЕ
С. Образование и профессиональная подготовка			
<p>1. До какого класса (включительно) вы учились в школе (K – 12)? _____</p> <p>2. Есть ли у вас аттестат о среднем образовании или его эквивалент? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>3. Обучались ли вы в классах специального образования (special education) по чтению, письму или математике в средней школе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>			
НАЗВАНИЕ КЛАССА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	УЧЕБНЫЙ УРОВЕНЬ	ПРИЧИНА ОБУЧЕНИЯ В КЛАССЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ШКОЛЫ ИЛИ ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ
<p>Посещали ли вы когда-либо занятия в колледже или программах профессиональной подготовки? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если «Да», то укажите, пожалуйста, следующие сведения:</p>			
КОЛЛЕДЖ ИЛИ ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ	ДАТЫ НАЧАЛА И ОКОНЧАНИЯ ОБУЧЕНИЯ	ЗАВЕРШЕНО	СЕРТИФИКАТ, ЛИЦЕНЗИЯ ИЛИ СТЕПЕНЬ
		ДА	НЕТ
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



D. Опыт работы

1. Работаете ли вы в настоящее время? Да Нет Если «Да», то сколько вы зарабатываете в месяц?
2. Укажите сведения об истории своей трудовой деятельности за последние 10 лет, начиная с самой последней работы (при необходимости приложите дополнительные страницы):

ДОЛЖНОСТЬ	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

ДОЛЖНОСТЬ	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

ДОЛЖНОСТЬ	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

ДОЛЖНОСТЬ	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

ДОЛЖНОСТЬ	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

ДОЛЖНОСТЬ	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

ДОЛЖНОСТЬ	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

ДОЛЖНОСТЬ	РАБОТОДАТЕЛЬ	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛО: ОКОНЧАНИЕ:	ПОЧЕМУ ВЫ ПРЕКРАТИЛИ РАБОТАТЬ?
-----------	--------------	------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Расскажите, чем вы занимались на этом месте работы:

3. Перечислите свои хобби / увлечения и виды волонтерской работы за последние 10 лет.

ЕСЛИ КТО-ТО ПЕРЕВОДИЛ ИЛИ ПОМОГАЛ ВАМ ЗАПОЛНИТЬ ЭТУ ФОРМУ, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ ЭТОГО ЛИЦА, А ТАКЖЕ КЕМ ОН/ОНА ВАМ ПРИХОДИТСЯ

Будучи предупрежденным (-ной) об ответственности за предоставление ложной информации, я заявляю, что, насколько мне известно, сведения, приведённые мной в настоящем «Заявлении об образовании, трудовой деятельности и состоянии здоровья», являются правдивыми, верными и полными. Я понимаю, что Департамент социального обеспечения и здравоохранения может потребовать подтверждения предоставленных мною сведений.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

ДАТА