

Departamento de Nevada de Empleo, Entrenamiento y Rehabilitación

Solicitud de servicio de rehabilitación profesional

# de Caso _____																					
APELLIDO		NOMBRE	MEDIO INICIAL	NOMBRES ANTERIORES UTILIZADOS	# de Seguro Social X X X - X X - _ _ _ _ _																
DOMICILIO		Apt #	CIUDAD	ESTADO	Código postal																
DIRECCIÓN (si es diferente del domicilio)			CIUDAD	ESTADO	Código postal																
CONDADO	# DE TELÉFONO ()	# DE CELLULAR ()	Fecha de nacimiento	CORREO ELECTRÓNICO																	
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO EUA Veterano Militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		Nombre de la persona y número de teléfono de contacto (número de teléfono sea diferente al suyo Y se pueda dejar mensaje) Nombre: _____ Relación: _____ Número: () _____ Contacto de otra persona que no viva en su hogar Nombre: _____ Relación: _____ Número: () _____ Dirección: _____																			
Ciudadano de EUA? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Si No: ¿Tiene una tarjeta de residencia? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ¿Documento de autorización de empleo? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		RAZA (MARQUE UNO O MÁS) <input type="checkbox"/> BLANCO(A) <input type="checkbox"/> NEGRO(A) <input type="checkbox"/> ASIÁTICO(A) <input type="checkbox"/> Indígena Americana / ALASKA NATIVO(A) <input type="checkbox"/> PACIFICO HAWAIIANO(A)/ISLEÑO (A) Origen étnico: HISPANO(A) o LATINO(A) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO otros (especifique) _____																			
¿Quién le refirió? Marque / circule uno: <input type="checkbox"/> Administración del seguro social o Servicio de Discapacidad <input type="checkbox"/> Medico, hospital, salud mental <input type="checkbox"/> Conexión a trabajo <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación en su comunidad <input type="checkbox"/> Institución correccional o Tribunal <input type="checkbox"/> Universidad, colegio o una escuela profesional <input type="checkbox"/> Autorreferencia, amigo o familiar <input type="checkbox"/> Bienestar o agencia de asistencia pública <input type="checkbox"/> Escuela Primaria o Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Administración de Veteranos <input type="checkbox"/> Otro _____																					
Marque uno de los siguientes elementos que mejor describen su régimen actual de vida: <input type="checkbox"/> Residencia privada (propia, con familia o compañero de habitación) <input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Sin Casa ni Hogar <input type="checkbox"/> Centro de Salud Mental <input type="checkbox"/> Establecimiento Penitenciario/Cárcel de Adultos <input type="checkbox"/> Instalaciones de Rehabilitación <input type="checkbox"/> Otros																					
¿Le gustaría inscribirse para votar hoy? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No # de Forma _____ seleccione uno: <input type="checkbox"/> Registrado actualmente <input type="checkbox"/> No Elegible <input type="checkbox"/> No Intesado			Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)																		
Información del hogar: Número en familia _____ Número de personas a su cargo _____ ingresos mensuales de padres si es menor de edad _____ ¿A cuantos miembros en su casa usted mantiene? : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Nombre: _____</td> <td style="width: 15%;">Edad: _____</td> <td style="width: 25%;">Relación: _____</td> <td style="width: 35%;">Ocupacion: _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre: _____</td> <td>Edad: _____</td> <td>Relación: _____</td> <td>Ocupacion: _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre: _____</td> <td>Edad: _____</td> <td>Relación: _____</td> <td>Ocupacion: _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre: _____</td> <td>Edad: _____</td> <td>Relación: _____</td> <td>Ocupacion: _____</td> </tr> </table>						Nombre: _____	Edad: _____	Relación: _____	Ocupacion: _____	Nombre: _____	Edad: _____	Relación: _____	Ocupacion: _____	Nombre: _____	Edad: _____	Relación: _____	Ocupacion: _____	Nombre: _____	Edad: _____	Relación: _____	Ocupacion: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Relación: _____	Ocupacion: _____																		
Nombre: _____	Edad: _____	Relación: _____	Ocupacion: _____																		
Nombre: _____	Edad: _____	Relación: _____	Ocupacion: _____																		
Nombre: _____	Edad: _____	Relación: _____	Ocupacion: _____																		
¿Cuál es su principal fuente de apoyo? Cantidad Mensual \$ _____ Marque uno de los siguientes:: <input type="checkbox"/> Sus ingresos personales (ingresos, intereses, dividendos, alquiler) <input type="checkbox"/> Ingresos de su cónyuge, o el apoyo de familiares y amigos <input type="checkbox"/> Apoyo Público tales como SSDI, SSI, TAF, etc <input type="checkbox"/> Otras fuentes, como seguro o de organizaciones benéficas																					
RECIBIDOS POR:			Fecha Recibido (solo para uso de la Oficina)																		
Representante de la Agencia: _____																					

IDENTIFICACIÓN

Un (1) elemento de la lista A

Proporcione verificación de la siguiente IdentificaciónUn (1) elemento de la lista B o un (1) elemento de la lista C**Lista A**

- Pasaporte de los Estados Unidos
- Certificado de ciudadanía de Estados Unidos
- Certificado de naturalización
- Pasaporte extranjero con autorización de trabajo
- Tarjeta de residencia con fotografía

Lista B

- Licencia de manejar o Identificación emitida por el Estado con foto o Información (Nombre, Sexo, Fecha de Nacimiento, Estatura, Peso y Color de Ojos)
- Tarjeta militar de los Estados Unidos

AND**Lista C**

- Tarjeta de seguro Social original para ser testigo en entrada
- Certificado de nacimiento emitido por el Estado, condado o autoridad municipal
- Autorización INS restante

¿Cuál es su más alto nivel de la educación? Marque uno:

- No escolarización formal Algo de escuela primaria (grados 1-8)
- De alguna escuela de secundaria (grados 9-12) pero sin diploma de secundaria certificado de finalización o asistencia de educación especial
- De diploma de escuela secundaria GED (certificado de equivalencia de escuela secundaria)

Nombre de Secundaria _____

Grado _____ presente

Colegios/Escuelas Vocacionales:

Nombre de Escuela: _____

Dirección de Escuela: _____

¿Cómo puede la Oficina de Rehabilitación servirle? ¿Qué empleo relacionado con servicios está buscando?**¿Está trabajando? ¿Dónde?:** _____Si no, marque uno: Estudiantes de Secundaria otros estudiante Aprendiz, intern/voluntariado**Si usted ésta empleado(a), ¿cuántas horas normalmente trabaja por semana?** _____**Si usted ésta empleado(a), ¿cuáles son sus ganancias SEMANALES ACTUALES? \$** _____

(salario bruto, los sueldos, asugerencias o comisiones antes de deducciones de nómina o impuestos)

¿Actualmente recibe alguno de los siguientes? Indique el importe MENSUAL.

- SSDI (seguro de discapacidad del seguro Social) Cantidad: \$ _____ Asistencia General Asistencia Publica) Cantidad: \$ _____
- SSI (Ingresos de Seguro Social) Cantidad: \$ _____ Beneficios de discapacidad de veteranos Cantidad: \$ _____
- TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas) Cantidad: \$ _____ cualquier otro apoyo público Cantidad: \$ _____
- Compensación de trabajadores Cantidad: \$ _____ (Por favor, describa) _____

Tiene cualquiera de los siguientes tipos de cobertura de seguro médico? Marque uno o mas:

- Medicaid
- Medicare
- Compensación de trabajadores
- Seguro privado a través de empleo
- Compañía _____ de seguros
- Sin cobertura de seguro médico
- Otro Seguro Publico _____
- Seguro privado a través de otros medios (por ejemplo, seguro a través de sus padres o cónyuge)

Para ayudarnos a coordinar sus servicios, por favor marque cualquier otro servicio que está recibiendo

- Asistencia temporal (TANF) \$ _____
- Asistencia General (GA) \$ _____
- Estampillas de Comidas \$ _____
- Servicios para la Familia y Niños
- Cuidado de niños del Estado Manutencion Enforcada
- Cuidado de niños Servicios de protección de adultos
- Asistencia de energía de bajos ingresos Medicaid
- Salud para el Trabajo Otro _____
- Ninguno

MEDIO DE COMUNICACIÓN

- Letra regular Braille
- Otro idioma (especifique) Letra Grande

En la escuela, ¿alguna vez ha tenido una educación individualizada o IEP (educación especial)? SI NO**¿Cuál es su principal medio de transporte?**

- Vehículo personal Transporte Publico
- Otro _____

¿Ha sido usted condenado por un delito grave? SI No

Detallar: _____

Funcionario de libertad condicional : _____

Telefonico _____

Historial de trabajo Marque si no tiene historial de trabajo

Si actualmente esta trabajando, ¿cuántas horas por semana trabaja? _____ Salario por hora: _____

Lista de trabajo actual o último. Si se queda sin espacio podrá continuar en la parte posterior de esta hoja.

Nombre del empleador:	
Dirección:	
Deberes de trabajo:	
Title of Position Held:	Fechas de empleo: De: _____ A: _____ Mes/Año Mes/Año
Título del puesto:	
Nombre del empleador:	
Dirección:	
Deberes de trabajo:	
Título del puesto:	Fechas de empleo: De: _____ A: _____ Mes/Año Mes/Año
Motivo de separación:	
Nombre del empleador:	
Dirección:	
Deberes de trabajo:	
Título del puesto:	Fechas de empleo: De: _____ A: _____ Mes/Año Mes/Año
Motivo de separación:	
Nombre del empleador:	
Dirección:	
Deberes de trabajo:	
Título del puesto:	Fechas de empleo: De: _____ A: _____ Mes/Año Mes/Año
Motivo de separación:	
Nombre del empleador:	
Dirección:	
Deberes de trabajo:	
Título del puesto:	Fechas de empleo: De: _____ A: _____ Mes/Año Mes/Año
Motivo de separación:	
Nombre del empleador:	
Dirección:	
Deberes de trabajo:	
Título del puesto:	Fechas de empleo: De: _____ A: _____ Mes/Año Mes/Año
Motivo de separación:	

Discapacidad (Marque todas las que aplican)

¿Cuál es la principal condición médica, daño, deterioro físico y mental o discapacidad que limita su capacidad para trabajar?

Cuando empezaron estas deficiencias y discapacidades? _____ Mes / año

- SIDA/VIH Ciego-Sordo
- Alcohol u otros trastornos de drogas Sordos o duros de audición
- Post parapléjico(a) o tetrapléjico(a)
- Amputación Depresión Post Traumatic Stress Disorder
- Artritis Diabetes Vías respiratorias/pulmonar/alergias
- Trastorno por déficit de atención Epilepsia Artritis severa
- Autismo Fibromialgia Discapacidad específica de aprendizaje
- Lesiones de espalda Enfermedades del corazón
- Lesiones de la médula espinal
- Ceguera o deterioro visual Hemofilia Trazo
- Lesiones cerebrales Cadera y rodilla, otro conjunto
- Disfunción de cáncer Otro _____
- Carpal Tunnel (Síndrome de uso repetitivo)
- Fallo renal _____ Enfermedad mental _____
- Parálisis cerebral (CP) Distrofia Muscular
- Discapacidad cognitiva Esclerosis múltiple Fibrosis quística
- Miofascial trastorno Desconocido _____

MÉDICO ACTUAL

1. Nombre _____
Tipo o médico _____
Dirección _____ Número de teléfono/fax _____
2. Nombre _____
Tipo o médico _____
Dirección _____ Número de teléfono/fax _____
3. Nombre _____
Tipo o médico _____
Dirección _____ Número de teléfono/fax _____

HOSPITALIZACIONES

Nombre del hospital: _____ Nombre del hospital: _____
Dirección: _____ Dirección: _____
Razón: _____ Razón: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

Adjunto a la aplicación**INFORMACIÓN PERSONAL CONFIDENCIAL**

La Oficina de rehabilitación profesional es una agencia estatal y con fondos federales que ayuda a las personas con discapacidades a lograr o mantener el empleo. Tengo entendido que es necesario que la Oficina recopile información personal en relación con mi programa de rehabilitación. Tengo entendido que dicha información se recopilará, en la máxima medida posible, de mí. Toda la información personal en la posesión de la Oficina puede utilizarse únicamente para los fines directamente relacionados con la prestación de servicios y la administración del programa en virtud del cual se prestan los servicios.

Entiendo que la información esté disponible para mí cuando así se solicite por escrito, excepto donde la Oficina considera que dicha información puede esperarse razonablemente para causar daño físico o emocional. En este caso, la Oficina deberá liberar dicha información a través de un profesional, calificado de médico o psicológico o a un representante autorizado cualquier información proporcionada por mí está sujeto a la verificación y revisión a través de la administración del seguro social.

Entiendo que mi elegibilidad o la prestación de servicios puede verse afectado si me niego a proporcionar información personal que es solicitada por la Oficina.

Entiendo que mi información personal se celebrará confidencial y no será divulgada a cualquier otra persona o entidad, excepto:

- Cuando se presenta un formulario de publicación de información debidamente firmado, condicionado y fecha, o;
- Para fines directamente relacionados con la prestación de servicios o de la administración del programa de rehabilitación en virtud del cual se prestan servicios de.
- Por razones de conformidad con los reglamentos establecidos y/o cualquier otra ley federal aplicable, ley estatal, política o reglamento
- BVR/BSBVI puede compartir información con socios de JobConnect con el propósito de la programación de individuos que se ven en las oficinas de JobConnect o ayudar a las personas con su búsqueda de trabajo.

BVR/BSBVI puede proporcionar información específica a otros socios JobConnect cuando se trabaja en colaboración con el socio en nombre de la persona. Los socios de JobConnect firman acuerdos de confidencialidad en los que están de acuerdo mantener toda la información proporcionada a ellos confidencial.

Comprendo y estoy de acuerdo con el intercambio de información con conexión de trabajo asociados con el propósito de la programación, la colaboración y las actividades de colocación de trabajo.

Sección 504(A) de la Ley de inversión de la fuerza laboral de 1998; sección c 12 de la Ley de rehabilitación de 1973, como enmendado; 29USC711c y 721(a)(6)(A); 34CFR361.38; NRS 426.573, 426.610, 432B.220, 615.280, 615.290; 629.061

INFORMACIÓN INEXACTA O FALSA

Si usted cree que la información de su registro de servicios es inexacta o falsa, podrá solicitar que la Oficina de Rehabilitación profesional enmendar la información. Si la información no es modificada, la solicitud de enmienda debe estar documentada en el registro de los servicios.

RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR ACCIONES DE TERCEROS

El estado de Nevada, Nevada departamento de empleo, formación & la rehabilitación, la División de rehabilitación y de la Oficina de la readaptación profesional y de sus oficiales, agentes, empleados y funcionarios electos y designados no son responsables de ninguna manera por daños y perjuicios causados a un cliente por parte de terceros, incluyendo, pero no limitado a los proveedores en una lista aprobada mantenida por el departamento de estado de Nevada, oficina de empleo, formación & rehabilitación, la División de Rehabilitación y de la Oficina de la readaptación profesional y renuncian por la presente específicamente a cualquier responsabilidad por ello. Además, el estado de Nevada no va renunciar y tiene la intención de hacer valer la responsabilidad de 41 capítulo de NRS disponible en todos los casos.

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Entiendo que la Oficina de rehabilitación profesional no pagarán por cualquier servicio que mi consejera no ha autorizado en escrito. Si mi consejero(a) aprueba un examen médico, no es la aprobación para el tratamiento o cirugía. Cuando un médico, hospital, comerciante o otro proveedor no ha recibido aprobación de avance de mi consejero, entiendo que puedo tener que pagar por bienes o servicios, yo mismo.

PARTICIPACIÓN FINANCIERA DE CLIENTE

Entiendo que me podrian informar de las finanzas, y mis necesidades financieras se consideraran en la determinacion de mi participacion en los gastos de los servicios de readaptacion profesional que requieren el gasto de los dolares de servicio del caso. Mas no requeriran participar en el gasto de servicios de diagnostico para evaluar mi potencial de rehabilitación, asesoría de asesoramiento, servicios de la dirección ni de remisión ni servicios de colocación.

Al hacer esta solicitud de servicios de readaptación profesional, reconozco:

- Estoy solicitando los servicios de readaptación profesional para el propósito específico de obtener o mantener un trabajo.
- Es mi responsabilidad informar a mi consejero de cambios relacionados con esta aplicación, tales como cambios en mi dirección, ingresos o empleo.
- Previa aprobación por escrito de mi consejero es necesaria antes de servicios de rehabilitación se hará cargo de los servicios.
- Pago de algunos servicios podrá basarse en la necesidad financiera de acuerdo con mis ingresos personales o familiares.
- Expresamente dar mi permiso para obtener información acerca de mí para ser compartida dentro del Departamento (DETR). Servicios de rehabilitación también tendrán acceso a la información en mi seguro social, determinación de discapacidad, SRS y registros de empleo.
- Nadie será discriminado por servicios de rehabilitación debido a la discapacidad, raza, religión, sexo, color, origen nacional, la duración de la residencia en el Estado, o ascendencia.
- Para proposito de reembolso del costo del Seguro Social, efectivo por un tiempo exendido mas alla del cierre del caso

Firma de solicitante _____ fecha de _____

Firma del padre, custodio o representante legal _____

de fecha _____

Dirección del padre, custodio o representante legal _____

Dirección de correo electrónico _____
teléfono _____

Firma de la persona que rellena la aplicación si es distinta de la anterior

CONFIRMACIÓN DE ACEPTACIÓN

Por favor coloque sus iniciales al lado de cada título del documento que ha recibido.

_____ He sido informado acerca de la protección, uso y divulgación de información personal.

_____ He sido informado de mi oportunidad para la revisión de las decisiones tomadas por mi consejero de rehabilitación en relación con el suministro o la denegación de servicio.

_____ He sido informado de que si no estoy de acuerdo con una determinación por el consejero de rehabilitación con respecto a mi solicitud, elegibilidad y servicios, que tengo el derecho a tener esa determinación revisada.

_____ He sido informado del programa de asistencia de cliente y he recibido una copia de los pasos que debo tomar en cuanto a la comunicación y la apelación formal.

_____ He sido informado y he proporcionado una copia del participante en el proyecto de ley de derechos de.

Nombre del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del solicitante: _____

Firma del consejero de rehabilitación: _____