

Hoja de trabajo de solicitud de la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky

Información sobre la agencia:

Casos:

Número de caso:

Información de derivación:

Fecha de derivación:

Número del Seguro Social:

Apellido:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento:

Médico que derivó:

Tipo de fuente de derivación:

Afección reportada:

Causa informada:

Calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Condado:

Domicilio principal:

Correo electrónico:

Correo electrónico secundario:

Teléfono:

Comentario telefónico:

Teléfono 2 (Celular):

Comentario telefónico 2:

Contacto secundario:

Teléfono de contacto secundario:

Correo electrónico del contacto secundario:

¿Es legalmente elegible para trabajar en los Estados Unidos? Sí No

Servicio militar activo:

Identificación del estudiante de secundario

Solicitud:

Fecha de solicitud:

Datos demográficos:

Origen étnico:

Raza:

Género:

Afección Primaria:

Causa primaria:

Afección secundaria:

Causa secundaria:

Educación:

Nivel de educación:

Actualmente en la escuela:

Escuela actual:

Horas de crédito:

Grado actual:

Fecha de graduación estimada:

Estudiante en educación secundaria:

Empleo actual:

Situación laboral:

Código SOC - ONET:

Remuneración por hora:

Horas trabajadas:

Ingresos por semana:

Otra información:

Arreglos de vivienda:

Condición de veterano:

Estado de infractor:

Asistencia:

Fuente principal de asistencia al momento de la solicitud:

Información del Seguro Social:

Ticket asignable para trabajar:

Sí

No

¿Se asignó un ticket?

Sí

No

Ticket asignado a:

Estado de SSI:

Estado de SSDI:

Beneficios de prestaciones de otro asalariado:

Ayuda pública:

SSI
 KTAP
 GA
 SSDI
 VET-D
 Indem. laboral
 Seguro por desempleo
 Otro:

Total:

Seguro médico:

Medicaid
 Medicare
 Ley de Atención Asequible
 Estatal/Federal
 Público/Otras fuentes
 Empleador: sector privado
 Privado: pendiente
 Privado: otro

Beneficios comparables:

Community Mental Health
 Pell
 Admin. de veteranos
 Indemnización Laboral
 Michele P./SCL/Otra exención
 Beneficiario de Medicare calificado
 Otro seguro por desempleo
 Otro

Habilidades y antecedentes laborales:**Habilidades:**

Licencia de conducir:

Medio de transporte:

Preferencias laborales:

Capacitación/Habilidades/Certificación:

Antecedentes laborales:

Empleador 1:

Título 1:

Remuneración por hora 1:

Horas por semana 1:

Fecha de inicio 1:

Fecha de finalización 1:

Motivo del despido 1:

Empleador 2:

Título 2:

Remuneración por hora 2:

Horas por semana 2:

Fecha de inicio 2:

Fecha de finalización 2:

Motivo del despido 2:

Registro de votantes ofrecido:

Estado:

Fecha de envío del registro de votantes:

Solo para uso del consejero:

Declaración del solicitante

Comprendo que no se me negarán servicios por motivos de sexo, raza, color, edad, origen nacional, religión, incapacidad, información genética, estado civil, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad, embarazo, condición de veterano, o cualquier otra condición amparada por la ley aplicable.

Entiendo que la Oficina de Rehabilitación Vocacional necesita recopilar información sobre mí y autorizo que se le entregue mi información médica, psicológica, académica o de otro tipo. He recibido una copia de la "Guía del consumidor", que contiene una descripción escrita del programa y de mis derechos y responsabilidades.

Autorizo a la Oficina de Rehabilitación Vocacional a utilizar SMS/mensajes de texto para comunicarse conmigo al número que se indica en este formulario.

Autorizo a la Oficina de Rehabilitación Vocacional a utilizar el correo electrónico para comunicarse conmigo en la dirección que se indica en este formulario.

No autorizo a la Oficina de Rehabilitación Vocacional a utilizar el correo electrónico para comunicarse conmigo.

La información que he proporcionado es verdadera a mi mejor saber y entender, y por medio del presente documento solicito servicios de rehabilitación vocacional. Entiendo que el hecho de firmar este documento significa que tengo intenciones de trabajar después de terminar de recibir los servicios de rehabilitación vocacional.

Firma: Consejero

Fecha

Firma: Individual

Fecha

Firma del tutor legal (especifique)

Fecha

Tipo de tutor:

Este formulario original se archivará en el expediente del caso del consumidor.