

La marca * indica que llenar ese campo es obligatorio

1. Información de la agencia

| | | |
|-----------------|------------------|-------------------------|
| * Caso asignado | * Número de caso | * Fecha de la solicitud |
|-----------------|------------------|-------------------------|

2. Información del Solicitante

| | | | |
|--|--------------------|---|-----------------------|
| * Nombre | Inicial 2.º nombre | * Apellido | |
| * Fecha de derivación | NSS | No indicado | * Fecha de nacimiento |
| Fuente de derivación | | | |
| * Tipo de fuente de derivación | | | |
| * Discapacidad notificada | | | |
| * Causa de la discapacidad notificada | | | |
| * Dirección principal | | | |
| * Ciudad | * Estado | * Código postal | Condado |
| Dirección postal (si es diferente de la dirección principal) | | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
| Otra dirección (como la dirección de la escuela/dormitorio u otra) | | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
| Correo electrónico | | Dirección de correo electrónico alternativa | |

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| Número de teléfono principal | Comentario sobre el número de teléfono principal | |
| Número de teléfono alternativo | Comentario sobre el número de teléfono alternativo | |
| Nombre del contacto secundario | | Teléfono del contacto secundario |
| Dirección de correo electrónico del contacto secundario | | Comentario del contacto secundario |
| * ¿Puede trabajar legalmente en EE. UU.? | * Servicio militar activo | |

3. Información Demográfica

* **Raza** (seleccione todas las opciones que correspondan)

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico

Asiático

Blanco

Negro o afroamericano

No se autoidentificó

| | |
|--|-----------------|
| * Etnia | * Género |
| * Discapacidad principal | |
| * Causa de la discapacidad principal | |
| * Discapacidad secundaria | |
| * Causa de la discapacidad secundaria | |

4. Información Educativa

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| * Nivel educativo más alto | * ¿Estudia actualmente en una institución educativa? | |
| Si asiste actualmente a una institución educativa, indique el nombre. | | |
| Grado actual | Horas de crédito | Fecha de graduación esperada |
| * ¿Es estudiante de educación secundaria? | | ID de estudiante secundario |

5. Habilidades, Preferencias e Laboral Actual

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------|------------------------|--------------------|
| Formación/Habilidades/Certificaciones | | Preferencias laborales | |
| * Situación laboral actual | | | |
| Código O*NET SOC | Salarios por hora | Horas trabajadas | Ingresos semanales |

6. Información Sobre el Historial Laboral

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|-----------------|-----------------------|
| Empleadora actual <i>(o última)</i> | | | |
| Cargo | | | Código O*NET SOC |
| Salario por hora | Horas/semana | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
| Motivo de finalización | | | |
| Empleador anterior | | | |
| Cargo | | | Código O*NET SOC |
| Salario por hora | Horas/semana | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
| Motivo de finalización | | | |

7. Otra Información

| | | | |
|---|---------------------------------|----------------------------|--|
| * Licencia de conducir | * Medio de transporte principal | | |
| * Condición de veterano | * Registro de votantes | Fecha de envío | |
| * Arreglos de vivienda | | * Condición de delincuente | |
| * ¿Fuente principal de apoyo en la solicitud? | | | |

8. Información Sobre el Programa de Seguridad Social

| | |
|---------------------------------------|--|
| * ¿Programa Ticket-to-Work asignable? | * ¿Está asignado a Ticket-to-Work? |
| Entidad del ticket asignado | * ¿Recibe beneficios de otro asalariado? |
| * Estado del SSI | * Estado del SSDI |

9. Apoyo Público | Seguro Médico | Beneficios Comparables

Apoyo Público. (Seleccione todas las opciones que correspondan)

| Tipo de apoyo | Cantidad |
|--------------------------|----------|
| SSI | |
| KTAP | |
| Asistencia general | |
| SSDI | |
| Discapacidad de veterano | |
| Indemnización laboral | |
| Seguro de desempleo | |
| Otro | |
| Total | |

Seguro Médico (Seleccione todas las opciones que correspondan)

| | | |
|---|-----------------------|----------------|
| Medicaid | Público/Otras fuentes | Privado – Otro |
| Medicare | Privado – Empleador | |
| Ley Estatal/Federal del Cuidado de la Salud Asequible | Privado – Pendiente | |

Beneficios Comparables *(Seleccione todas las opciones que correspondan)*

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Salud mental comunitaria | Beneficiario médico calificado | Otro seguro de desempleo |
| Michele P/SCL/Otra exención | Administración de Veteranos | Otro |
| Pell | Indemnización laboral | |

10. Garantías y Firmas

Autorizo a la OVR a utilizar mensajes de texto SMS para comunicarse conmigo al número que figura en este formulario.

Autorizo a la OVR a utilizar el correo electrónico para comunicarse conmigo a la dirección que figura en este formulario.

- * Entiendo que no se me negarán los servicios por motivos de raza, color, origen nacional, religión, discapacidad, información genética, estado civil, orientación sexual, identidad de género, ciudadanía, embarazo o estado de veterano o cualquier otro estado protegido por la ley aplicable.
- * Entiendo la necesidad de que la Oficina de Rehabilitación Vocacional recopile información sobre mí y autorizo la divulgación de cualquier información médica, psicológica, educativa o de otro tipo a la Oficina de Rehabilitación Vocacional. Se me facilitó un ejemplar de la "Guía del Consumidor" que contiene una descripción escrita del programa y de mis derechos y responsabilidades.
- * La información que proporcioné es verídica a mi leal saber y entender, y por la presente solicito servicios de rehabilitación vocacional. Entiendo que mi firma significa mi intención de trabajar una vez finalizados los servicios de rehabilitación vocacional.



Firma del consejero

Fecha



Firma del solicitante

Fecha



Firma del tutor legal

Fecha

Firmando como:

Padre o madre, solicitante menor de 18 años

Tutor legal designado por el tribunal