

Oficina de Reinserción Vocacional de Kentucky

Enmienda del Plan Individualizado de Empleo (IPE, por sus siglas en inglés)

Nombre:

Número de caso:

Deseo modificar mi objetivo laboral de

(incluya el código SOC)

a

Pretendo terminar mi plan de trabajo y espero estar trabajando el:

Cambios necesarios para alcanzar mi objetivo:

Añadir, modificar o eliminar un servicio:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Añadir, modificar o eliminar un servicio:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Añadir, modificar o eliminar un servicio:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Añadir, modificar o eliminar un servicio:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Añadir, modificar o eliminar un servicio:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Añadir, modificar o eliminar un servicio:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Añadir, modificar o eliminar un servicio:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Recursos que están disponibles para mí y que usaré a lo largo de mi programa de reinserción:

Proveedor del servicio Servicio

Otro servicio:

Información sobre el empleo con apoyo (escoja una opción)

Los servicios adicionales que necesitaré una vez que mi caso esté cerrado son:

Prestados por:

Doy mi consentimiento para que la oficina de Reinserción vocacional y el colegio/centro de mi elección y/o SSA compartan mi información financiera y otro tipo de información con el fin de llevar a cabo mi plan individualizado de empleo. Comprendo que los servicios de la oficina de reinserción vocacional están sujetos a la disponibilidad fondos federales y estatales y/o las ofertas en los colegios/centros. Si tengo preguntas o inquietudes que no pueden ser tratadas por mi consejero de reinserción, consultaré la Guía del Consumidor con el fin de encontrar información sobre mis derechos, responsabilidades y el Programa de Asistencia al Cliente. Recibí una copia de mi Plan Individualizado de Empleo por correo postal o electrónico y comprendo que mi plan de empleo será revisado anualmente.

No es necesaria la firma del consumidor en gastos imprevistos (consulte el Manual de Políticas y Procedimientos para obtener información sobre los límites relacionados con los gastos imprevistos)

Registro de votantes:

La ley de Registro Nacional de 1993 establece que la agencia deberá brindar la oportunidad de registrarse para votar al presentar una solicitud y si hay una modificación en el domicilio. ¿Hubo una modificación en el domicilio, el nombre o el estado de elegibilidad del consumidor en este momento?

En caso afirmativo, seleccione la respuesta adecuada.

Si se completa, fecha enviada a la Oficina del Secretario:

Credenciales de capacitación:

¿El individuo obtuvo un diploma, título superior, certificados, licencias o credenciales?

Otro diploma, título superior, certificado o credencial:

Fecha de obtención:

Firma del cliente	Fecha
Firma del padre, la madre o el tutor	Fecha
Firma del consejero de reinserción vocacional	Fecha
Firma del Gerente de Sucursal (si corresponde)	Fecha
Firma del Director de Servicios de Campo (si corresponde)	Fecha
Firma del Gerente de Sucursal de Tecnología de Reinserción (si corresponde)	Fecha