

* Indica un campo obligatorio

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

* Fecha de solicitud (mm/dd/aaaa)		* Cant. de casos (6 dígitos)		* Número del caso (6 dígitos)	
* Nombre		Inicial	* Apellido		
* Fecha de nacimiento	SSN (últimos 4 dígitos)	SSN verificado		Dirección física verificada	
		Confirmado No divulgado		Confirmado Sin hogar	
* Dirección física – Línea 1 (Dirección de la calle)		Dirección física – Línea 2 (Apartamento, suite, unidad, etc.)			
* Ciudad	* Estado	* Código postal	* Condado		
Dirección postal (si es diferente de la dirección física)		Dirección postal – Línea 2 (Apartamento, suite, unidad, etc.)			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado		
* Número de teléfono preferido del solicitante		Dirección de correo electrónico			
Número de teléfono secundario	Comentario sobre el teléfono secundario				
* Raza (seleccione todo lo que corresponda)					
Indio americano o nativo de Alaska		Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico			
Asiático		Blanco			
Negro o afroamericano		No se autoidentificó			
* Etnia		* Género			

INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y DISCAPACIDAD

* Impedimento primario

* Causa del impedimento primario

Impedimento secundario

Causa del impedimento secundario

Si el solicitante informa tener una discapacidad visual, ¿cómo le afecta su visión en el lugar de trabajo o en la vida cotidiana?

¿La discapacidad es una lesión no laboral, una enfermedad o el empeoramiento de una afección?

Si es así, ¿ocurrió dentro de las últimas 14 semanas?

EDUCACIÓN/CREDENCIALES

* Nivel de educación

¿El estudiante tiene una discapacidad?

Fecha de graduación prevista (mm/dd/aaaa)	Horas de crédito	Fecha de credencial secundaria (mm/dd/aaaa)
---	------------------	---

--	--	--

Fechas de credenciales de educación superior

INFORMACIÓN DE EMPLEO

* Situación laboral actual

Puesto de trabajo	Fecha de inicio (mm/aaaa)
-------------------	---------------------------

--	--

Código O*NET SOC	Salarios por hora	Horas trabajadas	Ganancias semanales
Si actualmente no está empleado, ¿trabajó en el último año (o 12 meses)?			
Antecedentes laborales previos: ¿Cuántos trabajos tuvo en los últimos tres (3) años? ¿Cuáles son los puestos de trabajo? ¿Cuáles son las razones por las que dejó esos trabajos?			

OTRO

* Arreglos de vivienda	Si es otro, descríballo	
Información de servicio activo	Estado de servicio activo	* Condición de veterano
* Registro de votante		
* Condición de delincuente		

BENEFITS, INSURANCE, AND PUBLIC SUPPORT INFORMATION

Ayuda pública (Seleccione todas las formas de ayuda pública. Incluya el monto en dólares que recibe el solicitante por cada una de ellas.)

Tipo de ayuda	Monto
SSI	
KTAP/TANF	
SSDI	
Otra _____	
Total	

Seguro médico (Seleccione todo lo que corresponda)

Medicaid

Público/Otras fuentes

Privado – Otro

Medicare

Privado – Empleador

Ley de atención médica asequible estatal/federal

Privado – Pendiente

Beneficios comparables (Seleccione todo lo que corresponda)

Salud mental comunitaria

Beneficiario médico calificado

Otros seguros de desempleo

Exención de Medicaid _____

Administración de Veteranos

Otro

Pell

Indemnización laboral

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL

* Estado del SSI	* Estado del SSDI	
* ¿Recibe beneficios de un trabajador asalariado diferente?	* ¿Tiene un ticket transferible?	* ¿El ticket fue transferido?

GARANTÍAS Y FIRMAS

- Si alguno de mis datos de contacto cambia, informaré a la Oficina de Rehabilitación Vocacional (Office of Vocational Rehabilitation, OVR) sobre dicho cambio. Entiendo que la OVR puede comunicarse conmigo para obtener información adicional o analizar mi caso, y otorgo un permiso a la OVR para utilizar cualquier información de contacto proporcionada para comunicarse conmigo.
- La información que he proporcionado es verdadera según mi leal saber y entender y, por la presente, solicito los servicios de la OVR. Entiendo que mi firma representa mi intención de trabajar en un empleo competitivo e integrado después de completar los servicios de la OVR.

Firma del solicitante

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del consejero

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del padre/tutor legal/apoderado (si corresponde)

Fecha (mm/dd/aaaa)

Tutor/Situación legal:

Padre, solicitante menor de 18 años

Tutor legal designado por el tribunal

Apoderado

La Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky (Kentucky Office of Vocational Rehabilitation, KYOVR) no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, orientación sexual, identidad o expresión de género, ascendencia, edad, embarazo o condición médica relacionada, estado civil o familiar, discapacidad, condición de veterano, afiliación política o información genética, de acuerdo con las leyes estatales y federales. A pedido, y en la medida de nuestras posibilidades, la KYOVR proporciona adaptaciones razonables, incluidas ayudas y servicios auxiliares necesarios para brindar a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar en todos los programas.

(Los documentos se imprimen con fondos federales)