

**Oficina de Reinserción Vocacional de Kentucky
Plan Individualizado de Empleo (IPE, por sus siglas en inglés)**

Nombre:

Número de caso:

Objetivo del IPE: Resultado del empleo o PPSEO (escoja uno)

Objetivo/Resultado del empleo:

SOC:

Finalizaré mi plan de trabajo y espero estar trabajando el:

Resultado postsecundario previsto (PPSEO):

Código: 099999

***Finalizaré mi plan de trabajo y espero haber terminado mi PPSEO el:**

Los siguientes servicios vocacionales son necesarios para alcanzar el PPSEO/resultado específico del empleo detallado anteriormente:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

Servicio:

Detalles del servicio:

Nombre del proveedor/suministrador del servicio:

Fecha de inicio del servicio:

Otros comentarios:

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
Proveedor del servicio	Servicio
Proveedor del servicio	Servicio
Proveedor del servicio	Servicio
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:

**El criterio que se utilizará para evaluar el progreso hacia el resultado del empleo será:
Obtener/mantener el empleo.**

Mis responsabilidades:

- ❖ **Informar a mi consejero respecto de cualquier cambio en mi situación y proporcionar a tiempo toda la documentación/información que sea necesaria.**
- ❖ Colaborar con el desempeño de este programa y participar de forma activa en la consecución de mi objetivo laboral.
- ❖ Participar financieramente en mi programa de reinserción vocacional según mis posibilidades.
- ❖ Solicitar y asegurar todos los beneficios comparables y notificar a mi consejero de la recepción o denegación de tales beneficios.

Responsabilidades de la Oficina de Reinserción Vocacional:

- ❖ Informar al consumidor sobre sus opciones durante el proceso de reinserción.
- ❖ Coordinar y proporcionar servicios sin tener en cuenta la raza, credo, color, sexo, origen nacional, religión, tipo de discapacidad, información genética, estado civil, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad, embarazo, condición de veterano, o cualquier otra condición amparada por la ley aplicable.
- ❖ Proporcionar al consumidor una copia del plan, y revisar el Plan Individualizado de Empleo anualmente según lo exija la ley, sin el cual el caso hubiera sido cerrado, y enmendar según sea necesario.

Acuerdo que la información del estado del consumidor puede ser compartida con los socios del Desarrollo de la Fuerza Laboral según sea necesario para confirmar la elegibilidad del empleador para el Crédito Fiscal para Oportunidades de Trabajo.

[Beneficiarios de Seguridad de Ingresos Complementarios \(SSI por ceguera o SSI por discapacidad\) y Seguro por Discapacidad del Seguro Social \(SSDI\)](#)

La Administración del Seguro Social considera que mi Ticket asignable para trabajar (TTW) se encuentra “en uso” al momento de la firma de este plan con la Oficina de Reinserción Vocacional (OVR). Comprendo que la OVR enviará mi información a MAXIMUS, el Gerente de Operaciones de TTW, para confirmar mi participación. La protección de la Revisión de Discapacidad Continua (CDR) es un incentivo del programa de TTW. Comprendo que soy responsable de cumplir con los requisitos de progreso del TTW a tiempo con el fin de mantener mi protección de la CDR y que la OVR puede informar mi progreso a solicitud de MAXIMUS. También comprendo que la protección de la CDR puede ser prorrogada tras el cierre del caso si asigno mi TTW a una Red de Empleo en un plazo de 90 días. Si tengo preguntas o inquietudes adicionales acerca del TTW, puedo llamar al 1-866-968-7842 (TTY 1-866-833-2967) para obtener más información.

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?

Sí No

En caso afirmativo, marque la casilla apropiada.

Registro de votantes:	Ofrecido	Completado (fecha en que el consejero la envió a la oficina del secretario):
	Ya registrado	Rechazado

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

Credenciales de capacitación:

Otro diploma, título superior, certificado o credencial:

Fecha de obtención:

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.

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

Este IPE no entrará en vigencia hasta que sea firmado por el consumidor (y/o el padre, la madre o el tutor, según corresponda) y el consejero.