

1. INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

Nombre	Número de caso
<p>Mi consejero y yo acordamos en que tengo una discapacidad que afecta mi capacidad para trabajar. Con el fin de explorar qué tan bien puedo desempeñarme en diferentes trabajos como parte de la decisión de elegibilidad, la OVR prestará los siguientes servicios y experiencias laborales.</p>	
<p>Completaré mi plan de trabajo y espero estar trabajando el (DD/MM/AAAA)</p>	

2. SERVICIOS VOCACIONALES

Los siguientes servicios vocacionales pagados por la Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR) son necesarios:

Servicio 1

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
<p>Descripción detallada o detalles del servicio</p>	
<p>Nombre del vendedor o proveedor de servicios</p>	
<p>Fuentes de financiamiento</p>	

Servicio 2

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)

Descripción detallada o detalles del servicio
Nombre del vendedor o proveedor de servicios
Fuentes de financiamiento

Servicio 3

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 4

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 5

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 6

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	
Fuentes de financiamiento	

Servicio 7

Servicio	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Descripción detallada o detalles del servicio	
Nombre del vendedor o proveedor de servicios	

Fuentes de financiamiento

4. COMENTARIOS

Añada comentarios o detalles adicionales

5. BENEFICIOS COMPARABLES

Si corresponde, brinde información sobre cualquier beneficio comparable disponible para el consumidor que usará durante su programa de rehabilitación no adquirido por OVR.

Beneficio comparable 1

Servicio	Proveedor
Descripción de los servicios prestados	

Beneficio comparable 2

Servicio	Proveedor
Descripción de los servicios prestados	

Beneficio comparable 3

Servicio	Proveedor
Descripción de los servicios prestados	

Beneficio comparable 4

Servicio	Proveedor

Descripción de los servicios prestados

Beneficio comparable 5

Servicio	Proveedor
Descripción de los servicios prestados	

6. RESPONSABILIDADES DEL CONSUMIDOR

- Informar a mi consejero de cualquier cambio en mi situación, incluida mi dirección, y proporcionar cualquier documentación/información de manera oportuna, según sea necesario.
- Cooperar con la realización de este programa y participar activamente en el logro de mi objetivo laboral.
- Participar económicamente en mi programa de rehabilitación vocacional de la mejor forma que pueda.
- Solicitar y obtener todos los beneficios comparables y notificar a mi consejero sobre la recepción o rechazo de estos beneficios.

7. RESPONSABILIDADES DE LA OFICINA DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL

- Informar al consumidor sobre las opciones durante el proceso de rehabilitación vocacional.
- Coordinar y brindar servicios sin distinción de raza, credo, color, sexo, origen nacional, edad, tipo de discapacidad, información genética, estado civil, orientación sexual, identidad de género, ciudadanía, embarazo, estado de veterano o cualquier otro estado protegido por la ley aplicable.
- Proporcionar al consumidor una copia del plan y revisar su Plan individualizado de empleo de forma anual según lo exige la ley, sin lo cual el caso tendría que cerrarse y modificarse según sea necesario.

Acepto que la información sobre el estado del consumidor se pueda compartir con los socios del Desarrollo Laboral según sea necesario para confirmar la elegibilidad del empleador para el Crédito Fiscal por Oportunidad Laboral (WOTC).

8. SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI POR CEGUERA O SSI O DISCAPACIDAD) O BIEN BENEFICIARIOS DEL SEGURO POR DISCAPACIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SSDI)

- La Administración del Seguro Social considera que mi Ticket to Work (TTW) está "en uso" al firmar este plan con la Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR). Soy consciente de que la OVR enviará mi información al Administrador del programa de tickets para indicar mi participación, ya sea que actualmente sea titular de un ticket o si soy elegible para un TTW mientras mi caso OVR esté abierto.

- La protección de la Revisión Continua de Discapacidad (CDR) es un incentivo del programa TTW. Entiendo que soy responsable de cumplir con los requisitos de progreso oportuno de TTW para mantener mi protección CDR y que la OVR puede informar mi progreso previa solicitud al gerente del programa de tickets.
- Entiendo que la protección CDR puede extenderse después del cierre del caso si asigno mi TTW a una red de empleo dentro de los 90 días.

Si tengo preguntas o inquietudes adicionales sobre TTW, puedo llamar al 1-866-968-7842 (TTY 1-866-833-2967) para obtener más información.

11. AUTORIZACIONES Y FIRMAS

- Autorizo a Rehabilitación Vocacional y a la escuela/centro de mi elección o SSA a compartir información financiera y de otro tipo para llevar a cabo mi Plan Individualizado de Empleo (IPE).
- Entiendo que los servicios de la Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR) dependen de la disponibilidad de fondos estatales y federales o vacantes en los centros/escuelas.
- Si tengo preguntas o inquietudes que mi consejero de rehabilitación no puede abordar, consultaré la Guía del consumidor para encontrar información sobre mis derechos, responsabilidades y el Programa de asistencia al cliente.
- Recibí una copia de mi Plan Individualizado de Empleo (IPE) por correo o electrónicamente y estoy enterado de que mi plan de trabajo será revisado anualmente.



Firma del consumidor

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del consejero de rehabilitación vocacional

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del gerente de sucursal (si corresponde)

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del director de servicios de campo (si corresponde)

Fecha (DD/MM/AAAA)



Firma del gerente de la sucursal de tecnología de asistencia (si corresponde)

Fecha (DD/MM/AAAA)

Nota: el formulario de continuación del plan de experiencia laboral de prueba puede adjuntarse al formulario de experiencia laboral de prueba cuando los servicios exigidos excedan el espacio disponible en estos formularios. El formulario de continuación de experiencia laboral de prueba debe completarse al mismo tiempo que el formulario de experiencia laboral de prueba. Ambos formularios deben estar firmados y fechados, y las fechas deben coincidir.