

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