

FORMULARIO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Secretaría de Desarrollo Laboral
Departamento de Rehabilitación Vocacional
HOJA DE TRANSFERENCIA

Caso # _____ Caso # (Número Social) _____ Fecha de nacimiento _____
mes / día / año

Nombre: _____
Apellido Paterno _____ Nombre _____ Inicial _____ Apellido de Soltero/a _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Condado: _____ Teléfono: _____ Fecha de Transferencia: _____
mes / día / año

Estado de vivienda: _____ Asilo o Sin hogar: ☐

Nivel de educación cumplidos: _____ Tipo de título/certificado: _____ Servicio de IEP: Sí ☐ No ☐

Sexo: M ☐ F ☐ Raza: _____ Por quien fue referido? _____

Último institución de enseñanza: _____ Fecha: _____

Discapacidad Principal: _____ Causa: _____

Discapacidad Secundaria: _____ Causa: _____

Fuente de ingreso: _____ Estado del SSI: _____ Estado del SSDI: _____

Tipo de apoyo público:

Ninguno	SSI-A	SSI-B	SSI-D	TANF	GA	SSDI	VET-D	COMP-T	OTRO	Cantidad Total \$
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____

Evaluación Financiera:

Número de miembros en el hogar y canasta básica autorizada.

1. 2221	6. 5638	A) Número total de personas en su hogar	_____
2. 2904	7. 5766	B) Ingreso mensual total	_____
3. 3673	8. 5894	C) Canasta básica mensual autorizada (según tabla)	_____
4. 4271	9. 6022	D) Porción del ingreso mensual disponible	_____
5. 4954	10. 6150	para rehabilitación (B-C)	_____

Situación laboral: _____
Horas trabajadas: _____ Pago por Hora: _____ Salario Semanal: _____

Prestaciones similares: (Marque en caso afirmativo)

Fuente	Sí	Tarjeta de identificación	Fuente	Sí	Tarjeta de identificación
Medicaid	☐		Servicio de Salud Mental	☐	
Medicare	☐		PELL	☐	
Seguro Médico	☐		Admin. de Veteranos	☐	
1.Privado –Otro	☐		Indemnización (Comp-T)	☐	
2.Empleador Privado	☐		Otro	☐	
3. Público – Otro	☐		Otro	☐	

Medio(s) de Transporte: _____ Licencia de Conducir ☐

Veterano: Sí ☐ No ☐

Preferencias vocacionales del postulante: _____

Historia Laboral:

Nombre y dirección del empleador: _____
_____ Fecha de inicio y fin del periodo laboral: _____ Posición: _____
Salario por hora: _____ Salario por semana: _____ Razón de la renuncia: _____
Descripción de sus tareas laborales: _____

Nombre y dirección del empleador: _____
_____ Fecha de inicio y fin del periodo laboral: _____ Posición: _____
Salario por hora: _____ Salario por semana: _____ Razón de la renuncia: _____
Descripción de sus tareas laborales: _____

Nombre y dirección del empleador: _____
_____ Fecha de inicio y fin del periodo laboral: _____ Posición: _____
Salario por hora: _____ Salario por semana: _____ Razón de la renuncia: _____
Descripción de sus tareas laborales: _____

Nombre, dirección y teléfono de la persona que se puede contactar: _____

Miembros del nucleo familiar: (Nombre, edad, relación, ocupación): _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSEJERO:**Declaración del solicitante:**

Yo entiendo que no se me negará ningún servicio por causa de mi raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión o tipo de discapacidad. Entiendo también la necesidad que tiene el Departamento de Rehabilitación Vocacional de obtener información sobre mi persona y por lo mismo autorizo la entrega a este departamento de cualquier información médica, psicológica, educacional o de cualquier otro tipo.

Yo he recibido una copia de la “Guía del Consumidor”, la que contiene una descripción escrita del programa y mis derechos y responsabilidades.

Hasta donde yo sé, la información que he proporcionado es verdadera y por medio de la presente solicito los Servicios de Rehabilitación Vocacional. Yo entiendo que mi firma representa mi compromiso de intentar conseguir un empleo al terminarse los Servicios del Departamento de Rehabilitación Vocacional.

Firma: Consejero _____ Fecha _____ Firma: Individual _____ Fecha _____

Firma: Padres o Guardianes _____ Fecha _____