

PLAN INDIVIDUALIZADO PARA OBTENER EMPLEO
Secretaría de Desarrollo Laboral - Departamento de Rehabilitación Vocacional
ENMIENDA

De común acuerdo, esto servirá como enmienda para mi plan individualizado para obtención de empleo (IPE). Yo entiendo que todos los demás elementos de mi plan original stán aún en efecto.

NOMBRE: _____ SSN: _____

CAMBIOS EN: (marque el cuadrado apropiado y haga una lista de los cambios)

☐ Objetivo de empleo: _____

☐ Servicio

☐ Proveedor de servicio

SERVICIO	PROVEEDOR	FECHA DE INICIO (Mes/Año)

☐ Cambios en prestaciones similares: _____

YO COMPLETARÉ MI PLAN DE TRABAJO Y ESPERO ESTAR TRABAJANDO PARA: _____
(Mes/Año)

Yo entiendo que la disponibilidad de los servicios del Departamento de Rehabilitación Vocacional depende de que haya fondos estatales o federales y/o de que haya lugares disponibles en sus locales o escuelas. Si yo tuviera preguntas o dudas que mi especialista de rehabilitación no pudiera contestar, consultaré la Guía del Consumidor para encontrar información sobre mis derechos y responsabilidades y sobre el Programa de Asistencia para el Cliente. Se me entregó una copia de mi Plan Individualizado para Obtener Empleo y estoy enterado que mi plan de trabajo será revisado anualmente.

Firma del Consumidor

Fecha

Firma del Pariente o Guardián

Fecha

Firma del Consejero de Rehabilitación Vocacional

Fecha