

**PLAN INDIVIDUALIZADO PARA OBTENER EMPLEO**  
Secretaría de Desarrollo Laboral - Departamento de Rehabilitación Vocacional  
**RESULTADO DE EMPLEO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

RESULTADO DE EMPLEO: \_\_\_\_\_

SU CASO ESTÁ SIENDO CERRADO PORQUE UD. HA ALCANZADO SU OBJETIVO DE EMPLEO.

Usted fue informado de las posibles alternativas en los servicios de rehabilitación vocacional, las que le fueron ofrecidas basadas en sus necesidades individuales. Estos servicios permitieron que Ud. obtuviera y/o mantuviera su empleo en un ambiente integrado e incluyeron evaluación, planificación, y orientación y consejería. Servicios adicionales incluyeron:

- |                                                          |                                                                             |                                                  |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tecnología de rehabilitación    | <input type="checkbox"/> Mantenimiento                                      | <input type="checkbox"/> Restablecimiento Mental |
| <input type="checkbox"/> Toma de notas e interpretación  | <input type="checkbox"/> Evaluación de manejo y entrenamiento para conducir | <input type="checkbox"/> Restablecimiento físico |
| <input type="checkbox"/> Obtención y retención de empleo | <input type="checkbox"/> Servicios de CRP                                   | <input type="checkbox"/> Entrenamiento           |
| <input type="checkbox"/> Aparatos y ayudas tecnológicas  | <input type="checkbox"/> Herramientas y equipo                              | <input type="checkbox"/> Transporte              |
| <input type="checkbox"/> Libros y materiales             | <input type="checkbox"/> Uniforme                                           | <input type="checkbox"/> CBWTP                   |
| <input type="checkbox"/> CDPRC                           |                                                                             | <input type="checkbox"/> Otro:                   |
| <input type="checkbox"/> Modificación de vehículo        |                                                                             |                                                  |
- Se requieren servicios post-empleo  
 No se requieren servicios post-empleo

Cambios que no habían sido previamente atendidos incluyen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Su caso fue identificado como de obtención de empleo subsidiado. El proveedor de empleo subsidiado, \_\_\_\_\_ continuará atendiéndole y le ofrecerá servicios tales como ajuste, seguimiento, asesoramiento de apoyo y defensoría respecto a su empleador.

Si Ud. requiriera servicios adicionales en el futuro, por favor póngase en contacto con esta oficina. Si tiene preguntas o inquietudes que su consejero no puede contestar, por favor consulte su Guía del Consumidor para encontrar información sobre sus derechos y el Programa de Asistencia del Cliente

---

Firma del Consejero de Rehabilitación Vocacional

---

Fecha