

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

NOMBRE: _____ **SSN:** _____

RESULTADO ESPECÍFICO DE EMPLEO (objetivo laboral) _____

COMPLETARÉ MI PLAN DE TRABAJO Y ESPERO TRABAJAR A PARTIR DE: _____
(mes/año)

Servicios vocacionales necesarios para alcanzar mi objetivo:

SERVICIO	PROVEEDOR	FECHA DE INICIO
Servicio Expandido: ☐ Asesoramiento y Consejería ☐ Tecnología de rehabilitación ☐ Entrenamiento ☐ Servicios de asistencia personal ☐ Restablecimiento físico ☐ Restablecimiento mental ☐ Búsqueda, obtención y retención de empleo ☐ Recibe SSI/SSDI, no requiere servicios expandidos.		

- ☐ **YO ESTOY RECIBIENDO SERVICIOS DE EMPLEO SUBSIDIADOS Y MI SERVICIO**
- ☐ **EXTENDIDO SERÁ:** _____

PROVISTO POR: _____

PRESTACIONES SIMILARES QUE SERÁN USADAS PARA ALCANZAR MI OBJETIVO:

PRESTACION	SERVICIO	PRESTACION	SERVICIO
☐ KTAP	_____	☐ Hospital mental estatal	_____
☐ SSI/SSDI	_____	☐ Cl. de Salud Mental	_____
☐ DES	_____	☐ Beca PELL	_____
☐ One-Stop	_____	☐ Medicaid/Medicare	_____
☐ Prestaciones a veteranos	_____	☐ Otra	_____
☐ Workers Comp (Comp.laboral)	_____	☐ Otra	_____
☐ Seguro de salud privado	_____	☐ Carece de prestaciones similares	_____

El criterio que se usará para evaluar el progreso respecto a los objetivos de empleo será: obtener y/o mantener el empleo

MIS RESPONSABILIDADES:

- Cooperar en llevar a término este programa y participar activamente en la obtención de mi objetivo de trabajo.
- Participar financieramente al máximo de mi capacidad en mi programa de rehabilitación vocacional.
- Solicitar y obtener todas las prestaciones similares y notificar mi consejero de las solicitudes aceptadas o rechazadas.

RESPONSIBILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE REHABILITACION VOCACIONAL:

- Informar al consumidor de sus alternativas durante el proceso de rehabilitación vocacional.
- Coordinar y proveer servicios sin consideración de raza, credo, color de piel, sexo, nacionalidad, edad o tipo de discapacidad.
- Proveer al consumidor con una copia de su plan, revisar anualmente su Plan Individualizado para Obtener Empleo y corregirlo cuando sea necesario.

Doy mi consentimiento para que el Departamento de Rehabilitación Vocacional y la escuela o local de que seleccione compartan información financiera y de otro tipo para llevar a cabo mi Plan Individualizado para Obtener Empleo.

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