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. 1759	6. 4465	A) Número total de personas en su hogar	_____
2. 2300	7. 4566	B) Ingreso mensual total	_____
3. 2909	8. 4668	C) Canasta básica mensual autorizada (según tabla)	_____
4. 3382	9. 4769	D) Porción del ingreso mensual disponible	_____
5. 3923	10. 4870	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

**MINISTERIO DE DESARROLLO LABORAL
DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL
AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN PERSONAL PROVENIENTE DE OTRA AGENCIA**

A:

REF:
#SS: _____

La persona arriba nombrada ha requerido los servicios del Departamento de Rehabilitación Vocacional de Kentucky y ha dado su consentimiento por escrito para la entrega de los siguientes documentos:

Esta información es confidencial y será usada sólo para la administración del Programa de Rehabilitación de la persona involucrada. La información personal que el Departamento de Rehabilitación Vocacional obtenga de otra agencia u organización sólo podrá ser entregada bajo las condiciones establecidas por esa otra agencia u organización.

_____ Nombre del consejo (a máquina o en letra de imprenta)
Departamento de Rehabilitación Vocacional

Firma del Consejero del DRV

He sido informado de esta petición y por medio de la presente autorizo la entrega de la información personal arriba mencionada al Departamento de Rehabilitación Vocacional. Esta autorización expirará al cabo de 60 días de la fecha de firmada.

Firma de la persona que autoriza la entrega

Fecha

**Secretaría de Desarrollo Laboral
Departamento de Rehabilitación Vocacional**

**Consentimiento escrito para la entrega de información personal
en poder del Departamento de Rehabilitación Vocacional**

Nombre del Individuo

Número de Seguro Social

Dirección

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que el Departamento de Rehabilitación Vocacional de Kentucky haga entrega de los siguientes documentos en su poder que contienen información sobre mi persona:

Esta información sólo puede ser entregada a: _____

quien la usará con el único propósito de: _____

Yo entiendo que es posible que cierta información médica, psicológica o de otro tipo que el Departamento de Rehabilitación Vocacional estime pudiera resultar perjudicial para mi persona, no me sea entregada directamente, sino a través de un representante, un médico, o un psicólogo certificado.

Yo entiendo que la información personal que el Departamento de Rehabilitación Vocacional a obtenido de otra agencia u organización sólo podría ser entregada por esa agencia u organización, o bajo las condiciones estipuladas por ésta.

Esta autorización para la entrega de información personal expirará a los 60 días de la fecha de firmada:

Firma

Fecha

PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN: ESTA INFORMACIÓN QUE LE HA SIDO REVELADA PROVIENE DE EXPEDIENTES CUYA CONFIDENCIALIDAD ESTÁ PROTEGIDA POR LEYES FEDERALES. LAS REGULACIONES FEDERALES LE PROHIBEN A UD. LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN, EXCEPTO CON EL CONSENTIMIENTO EXPRESO Y POR ESCRITO DEL INDIVIDUO A QUIEN PERTENECE. UNA AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA O DE OTRO TIPO EN PODER DE TERCEROS NO ES SUFICIENTE PARA ESTE PROPÓSITO.

El Departamento de Rehabilitación Vocacional no discrimina en base a raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión o discapacidad.

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD

FECHA _____ NOMBRE _____
CONSEJERO _____ NÚMERO DEL CLIENTE _____
DISCAPACIDAD PRINCIPAL _____ CÓDIGO _____
DISCAPACIDAD SECUNDARIA _____ CÓDIGO _____
OTRA(S) DISCAPACIDAD(ES) _____

PASO I: ELEGIBILIDAD

Por favor indique las limitaciones en las capacidades funcionales que sean causadas por la(s) discapacidad(es) del individuo:

1. MOVILIDAD – La habilidad física, cognitiva, sensorial o psicológica para moverse eficientemente de un lugar a otro, incluyendo la comunidad, la escuela, el hogar y el trabajo.

- Incapaz de subir un tramo de escaleras o de caminar 100 yardas llanas sin detenerse.
- Incapaz de usar el transporte público sin ayuda.
- Incapaz de manejar un vehículo por lugares desconocidos en forma independiente.
- Incapaz de viajar sin entrenamiento o adaptaciones especiales.
- Debe usar silla de ruedas u otro vehículo motorizado.
- Requiere servicios de asistencia personal, orientación y/u otro tipo de entrenamiento para movilizarse.
- Otro _____

2. TOLERANCIA AL TRABAJO – La habilidad para llevar a cabo tareas físicas o cognitivas de manera eficiente y efectiva por un período prolongado.

- No puede permanecer sentado/a o parado/a por más de 2 horas a la vez.
- No puede levantar más de 20 libras o cargar más de 10 libras en forma frecuente.
- No puede permanecer más de 2 horas haciendo la misma tarea.
- No puede volver a su trabajo previo o a uno similar ni siquiera con arreglos especiales.
- Requiere servicios para incrementar su resistencia al trabajo.
- Requiere arreglos especiales en su horario de trabajo, nivel de producción y/o funciones esenciales de su trabajo.
- Restricciones ambientales: _____
- Otro _____

3. HABILIDADES DE TRABAJO – Las habilidades específicas que se requieren para llevar a cabo las funciones propias de un empleo, así como la capacidad de un individuo de beneficiarse del entrenamiento asociado con estas funciones.

- Requiere demostraciones concretas y repetidas.
- Requiere intensa dirección y asesoramiento y/o un empleo subsidiado para aprender el oficio.
- No puede completar las tareas esenciales de su trabajo en forma segura sin ayuda.
- Otro _____

4. CUIDADO DE SÍ MISMO – La habilidad para desarrollar las actividades de la vida diaria en la medida que éstas afecten la capacidad del individuo para participar en el entrenamiento y/o las actividades de su trabajo.

- Incapaz de manejar un horario diario y/o ajustarse a cambios en la rutina diaria sin ayuda.
- Demuestra marcadas restricciones en las actividades de la vida diaria.
- Requiere de un asistente, o asistencia y cuidado personal.
- Otro _____

5. MANEJO PERSONAL – La habilidad para planear, iniciar, organizar y llevar a cabo actividades dirigidas que estén relacionadas con el cuidado de sí mismo, la socialización y la recreación, y para trabajar en forma independiente.

- Carece de la habilidad necesaria para planificar y organizar actividades.
- Carece de la habilidad necesaria para identificar problemas y fijarse objetivos.
- Tiene dificultad para controlar sus impulsos.
- No está consciente de las consecuencias de su comportamiento.
- Otro _____

6. COMUNICACIÓN – La precisa y eficiente transmisión y/o recepción de información, ya sea verbalmente o no.

- Su habla es comprendida sólo por los miembros de su familia.
- Requiere entrenamiento en métodos alternativos de comunicación y/o el uso de equipos de adaptación.
- Requiere el uso de lenguaje por señas, lectura de labios y/o sistemas visuales o táctil y/o los servicios de un intérprete.
- Tiene dificultad para seguir instrucciones orales y escritas.
- Carece de la capacidad para expresar ideas a través del habla.
- Tiene dificultad en generalizar, transferir y asimilar información (escrita, hablada, receptiva, expresiva).
- Otro _____

7. - HABILIDADES INTERPERSONALES – La habilidad de interactuar de manera madura y socialmente aceptable con sus compañeros de trabajo, supervisores y otros, para facilitar el flujo normal de actividades en el trabajo. (No debido a factores culturales o de lenguaje)

- Carece de la habilidad para interactuar apropiadamente con otros.
- Exhibe aislamiento social o retraimiento.
- No entiende señales sociales obvias.
- Exhibe comportamientos inapropiados en forma frecuente.
- Otro _____

1. ¿Contituyen un impedimento substancial para el empleo las limitaciones funcionales arriba mencionadas, conjuntamente con los factores contribuyentes, si los hubiera, que afectan negativamente el potencial de rehabilitación? Sí No (Inelegible)

Factores contribuyentes:

- Falta de motivación historia de trabajo deficiente Falta de experiencia laboral Falta de transporte
- Nivel educacional bajo/sin GED/diploma Falta de apoyo familiar No puede hablar inglés
- Historial de Conducir bajo la influencia del alcohol y/o arrestos por intoxicación. Falta de recursos financieros Posee prontuario criminal
- Falta de transporte público en su área de residencia Falta de licencia de conducir (por cualquier razón)
- Otra razón _____ Oportunidades de empleo limitadas cerca de su residencia

2. ¿En cuál de las áreas funcionales principales representa la discapacidad un impedimento substancial?

- 1- Movilidad 2- Tolerancia al trabajo 3- Habilidades de trabajo 4- Cuidado de sí mismo
- 5- Manejo personal 6- Comunicación 7- Habilidades Interpersonales

3. ¿Puede el individuo mejorar sus perspectivas de empleo?

- Sí No Dudoso (Ubicar en status 06)

4. ¿Se requieren los servicios de RV para que la persona se prepare, obtenga, participe o retenga un empleo productivo? Si No (Inelegible)

PASO II: DISCAPACIDAD SIGNIFICATIVA

Se presume que los individuos que reciben SSI/ SSDI ya son elegibles por sufrir una discapacidad significativa.

Usted ha determinado que el individuo tiene una discapacidad física o mental (o una combinación de ambas) que limita seriamente una o más de sus capacidades funcionales, lo que a su vez afecta sus perspectivas de empleo. Todos los individuos elegibles reciben rehabilitación vocacional, consejería y asesoramiento. Se puede esperar que un individuo afectado con una discapacidad significativa requerirá múltiples (dos o más) servicios de rehabilitación vocacional por un período prolongado, uno de los cuales concordará con las siguientes definiciones:

- Asesoramiento focalizado y consejería Entrenamiento Servicios de Asistencia Personal
- establecimiento físico Restablecimiento mental Búsqueda de empleo/Servicios de obtención y retención
- Tecnología de rehabilitación: Equipo de adaptación, modificaciones en su hogar, vehículo y/o lugar de trabajo.

Especifique por favor: _____

DISCAPACIDAD SIGNIFICATIVA:

DISCAPACIDAD NO-SIGNIFICATIVA (Pasar a Paso IV)

PASO III: DISCAPACIDAD MÁS SIGNIFICATIVA

Un individuo que tenga una discapacidad "más significativa" es aquel que tiene una discapacidad significativa (como las arriba descritas) y que requiere de apoyo intensivo a largo plazo para facilitar su rendimiento en actividades dentro y fuera de su empleo, que típicamente podría desarrollar independientemente de no mediar su discapacidad; o el individuo que tiene limitaciones en cuatro o más de las áreas funcionales principales.

1. Se requieren servicios a largo plazo. Especifique por favor: _____
O
2. Tiene limitaciones en cuatro o más de las áreas funcionales principales: Si No

PASO IV:

EMPLEO SUBSIDIADO MAYORIA DS DS NINGUNA DS .

CATEGORIA PRIORITARIA: 1. Discapacidad más significativa. 2. Limitado en 3 áreas funcionales.

3. Limitado en 2 áreas funcionales. 4. Limitado en un área funcional.

5. Elegible, individuo con discapacidad no significativa con restricciones permanentes 6. Todos los demás

FORMULARIO DE LA AGENCIA: DERECHO A INSCRIBIRSE/O NO INSCRIBIRSE COMO VOTANTE

Nombre del solicitante

Número de Seguro Social

INSCRIPCIÓN PARA VOTAR:

Si usted no está inscripto para votar en su lugar de residencia, ¿querría hacerlo hoy aquí?

Sí	No	No, ya estoy inscripto

SI USTED NO MARCA ALGUNO DE ESTOS CASILLEROS, SE ASUMIRÁ QUE EN ESTA OCASIÓN UD. HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR.

Nombre del solicitante

Fecha

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE

Si usted se inscribe para votar, o si se niega a hacerlo, su decisión y cualquier otra información respecto a la oficina donde presentó su solicitud son confidenciales y sólo serán usadas para propósitos de inscripción de votantes.

El solicitar su inscripción como votante o el negarse a hacerlo no afectarán la cantidad de ayuda que Ud. recibirá de esta agencia.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de inscripción como votante, nosotros se la daremos. La decisión de solicitar o aceptar esa ayuda es suya. Si lo desea, Ud. puede completar el formulario en privado.

Si usted completa la solicitud de inscripción de votante, ésta será enviada a su Secretario de Condado, para que éste le asigne su distrito electoral. El Secretario de Condado le enviará una nota confirmando su distrito y local de votación. **SI UD. NO RECIBE ESA NOTA DE CONFIRMACIÓN DENTRO DE UN PLAZO DE CUATRO (4) SEMANAS, POR FAVOR LLAME A SU SECRETARIO DE CONDADO.**

Si Ud. cree que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o negarse a inscribirse para votar, en su derecho a la privacidad al tomar su decisión, en su derecho a elegir un partido político, u otras preferencias, Ud. puede elevar una queja por escrito o llamar a la Junta Estatal de de Elecciones, 140 Walnut Street, Frankfort, K.Y. 40601, teléfono 1-800-246-1399.

Por favor, tenga en cuenta que la resolución KRS 116.045(2) requiere que los Secretarios de Condado cierren las inscripciones 28 días antes de cualquier elección. Si su solicitud es recibida durante este período, Ud. no será elegible para votar hasta la siguiente elección.

Estado de Kentucky
Departamento de Rehabilitación Vocacional
Secretaría de Desarrollo Laboral

Plan individualizado para obtener empleo
Protocolo de entendimiento

Declaración de elegibilidad:

Usted es considerado elegible por el Departamento de Rehabilitación Vocacional porque tiene una discapacidad que le impide obtener y conservar un empleo. Los servicios de rehabilitación vocacional sólo se proveen si la probabilidad de que Ud. obtenga un trabajo después de recibir dichos servicios es buena.

Su responsabilidad:

Usted trabajará conmigo y tratará de ayudarse a sí mismo lo mejor que pueda. Si Ud. no cumple con su parte, los servicios que recibe pueden ser detenidos.

Asistencia al cliente:

Este programa le ha sido explicado. Si después de haber hablado conmigo Ud. todavía tiene algún problema o preguntas acerca del programa de rehabilitación, Ud. puede comunicarse con la oficina de asistencia al cliente, llamando gratis al 1-800-633-6283 (en inglés).

Financiación:

Usted entiende que algunas partes de este programa pueden depender de sus recursos económicos y de la cantidad de dinero de que la agencia disponga para servir a los clientes. Si Ud. fuera elegible para usar fondos y servicios de otras fuentes, Ud. entiende que los mismos serán usados en su programa de rehabilitación.

Cambios en su programa:

Si Ud. dejara de ser elegible para recibir estos servicios, yo le explicaré las razones para ello. Si ocurriesen cambios en el Departamento que pudieran afectar su programa, Ud. será notificado. Su derecho a apelar estas decisiones le ha sido explicado.

Por lo menos una vez al año, Ud. y yo revisaremos su programa para ver el progreso que está haciendo o si se necesita hacer algún cambio. Usted entiende que cuando su programa acabe, su caso será cerrado. Aún cuando su caso haya sido cerrado, Ud. podría ser considerado para recibir servicios adicionales, si es que los necesita para mantener su trabajo.

Firma del Consejero

Fecha

La Secretaría de Desarrollo Laboral no discrimina en base a raza, color de piel,
nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, religión o estado civil.

CUALES SON LAS LIMITACIONES FUNCIONALES PRINCIPALES?

- Movilidad:** La habilidad física, cognitiva, sensorial o psicológica para moverse eficientemente de un lugar a otro, incluyendo la comunidad, la escuela, el hogar y el trabajo.
- Tolerancia al trabajo:** La habilidad para llevar a cabo tareas físicas o cognitivas de manera eficiente y efectiva por un período prolongado.
- Habilidades de Trabajo:** Las habilidades específicas que se requieren para llevar a cabo las funciones propias de un empleo, así como la capacidad de un individuo de beneficiarse del entrenamiento asociado con estas funciones.
- Cuidado de sí mismo:** La habilidad para desarrollar las actividades de la vida diaria en la medida que éstas afecten la capacidad del individuo para participar en el entrenamiento y/o las actividades relacionadas a su trabajo.
- Manejo personal:** La habilidad para planear, iniciar, organizar y llevar a cabo actividades dirigidas que estén relacionadas con el cuidado de sí mismo, la socialización y la recreación, y para trabajar en forma independiente.
- Comunicación:** La precisa y eficiente transmisión y/o recepción de información, ya sea verbalmente o no.
- Habilidades interpersonales:** La habilidad de interactuar de manera madura y socialmente aceptable con sus compañeros de trabajo, supervisores y otros, para facilitar el flujo normal de actividades en el trabajo. (No debido a factores culturales o de lenguaje)

Las limitaciones en la capacidad funcional son identificadas y categorizadas dentro del área que corresponde durante el proceso de determinación de elegibilidad. Cualquier limitación que se registre en el formulario de elegibilidad debe de ser confirmada en algún otro punto del expediente del caso.