Department of Workforce Development State of Wisconsin

Division of Vocational Rehabilitation

**Derivación de Servicios de DVR**

**REFERRAL FOR DVR SERVICES**

**La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].**

**La provisión de su Social Security Number (SSN) es voluntaria, pero no proporcionarlo podría causar una demora en el procesamiento de la información.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre legal | Nombre de pila preferido | Inicial del segundo nombre |
| Apellido legal | Número de seguro social**-    -** | Fecha de nacimiento |
| Dirección o casilla de correo |
| Ciudad | Estado | Código postal | Condado de residencia  |
| ¿En qué condado de Wisconsin le gustaría recibir servicios?  |
| Dirección de correo electrónico |
| Teléfono | Teléfono celular  |
| ¿Le da permiso a DVR para que deje un mensaje en los números de teléfono indicados arriba?[ ]  Sí [ ]  No  |
| ¿Cuál es su método de contacto preferido? (sólo seleccione uno)[ ]  Correo electrónico [ ]  Correo postal [ ]  Otro (especificar) [ ]  Teléfono [ ]  Mensaje de texto |
| Si está recibiendo servicios de Cuidado a largo plazo, por favor seleccione su proveedor (solo uno) a continuación:[ ]  Incluir, Respect, I Self-Direct (IRIS) *(Respetar, Yo Me Encargo de Mi Comportamiento)*[ ]  Managed Care Organization (MCO) *(Organización de cuidado administrado)*[ ]  Wisconsin County Development Disability *(Discapacidad del desarrollo del Condado de Wisconsin)*[ ]  Wisconsin County Mental Health *(Salud mental del Condado de Wisconsin)*Nombre del programa: Nombre del contacto del programa: Número de teléfono del contacto del programa: Dirección de correo electrónico del contacto del programa:  |
| ¿Le gustaría incluir a otra persona en la programación de citas durante el proceso de referencia/solicitud debido a su discapacidad? Por favor indique abajo la información de contacto para esa persona. Nombre del contacto para citas: Relación con el contacto para citas: Número de teléfono del contacto para citas: Dirección de correo electrónico del contacto para citas:  |
| Necesidades de facilidades/Idioma extranjero (marque todas las que correspondan)[ ]  Intérprete de ASL [ ]  Comunicaciones grabadas en audio[ ]  Braille [ ]  Hmong [ ]  Letra grande [ ]  Otro (especificar) [ ]  Español Comentarios:  |
| Nombre del tutor (si tiene menos de 18 o es asignado por el tribunal) | Teléfono del tutor |
| Dirección del tutor (Calle, ciudad, estado y código postal) |
| Dirección de correo electrónico del tutor  |
| Discapacidad (marque todas las que correspondan)[ ]  SIDA/VIH [ ]  Alcohol u otro trastorno por drogas [ ]  Amputación[ ]  Artritis [ ]  Trastorno por déficit de atención [ ]  Autismo[ ]  Lesión de la espalda [ ]  Ceguera [ ]  Lesión cerebral[ ]  Cáncer [ ]  Túnel carpiano (Síndrome de [ ]  Parálisis cerebral (CP) uso repetitivo)[ ]  Discapacidad cognitiva [ ]  Fibrosis quística [ ]  Sordera[ ]  Sordo-ciego [ ]  Depresión [ ]  Diabetes[ ]  Epilepsia [ ]  Fibromialgia [ ]  Hipoacusia[ ]  Enfermedad cardíaca [ ]  Hemofilia [ ]  Disfunción de la cadera/rodilla/otra  articulación[ ]  Insuficiencia renal [ ]  Enfermedad mental [ ]  Extremidad faltante o  deformada[ ]  Esclerosis múltiple [ ]  Distrofia muscular [ ]  Trastorno miofacial[ ]  Paraplejia o cuadriplejia [ ]  Trastorno por estrés postraumático [ ]  Respiratorio/Pulmonar/ Alergias[ ]  Discapacidad de aprendizaje [ ]  Lesión de la médula espinal [ ]  Derrame específica[ ]  Dificultad visual [ ]  Otro (especificar)  [ ]  Desconocido (especificar)  |
| Describa cómo su discapacidad afecta su capacidad de encontrar un trabajo, conservarlo u obtener un trabajo mejor:  |
| Género [ ]  Masculino [ ]  Femenino [ ]  Elige no identificar |
| Raza (marque todas las que correspondan) [ ]  Indígena americano of Nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o afroamericano [ ]  Nativo de hawái o de otras islas del pacífico [ ]  Blanco [ ]  Elige no identificar |
| Etnicidad – ¿Es hispano o latino? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  Elige no identificar |
| ¿Cómo supo de DVR? (seleccione solo una opción) [ ]  Auto-derivación, amigos, familia [ ]  Titulares del certificado14(c) /Talleres protegidos [ ]  Programa de servicios de rehabilitación vocacional para indígenas estadounidenses (AIVRS)[ ]  Centros para la vida independiente[ ]  Prestadores de servicios [ ]  Programas para adultos, trabajadores desplazados y jóvenes (Título I de la Ley de Oportunidades y de  Innovación de la Fuerza Laboral [WIOA])[ ]  Programa de la Ley de educación para adultos y alfabetización familiar (Título II de WIOA)[ ]  Programa de servicio de empleo de la ley Wagner-Peyser (Título III de WIOA) [ ]  Otros programas de centros de empleo American Job Center o de desarrollo de la fuerza laboral[ ]  Escuelas elementales y secundarias[ ]  Instituciones de educación postsecundarias[ ]  Empleadores[ ]  Agencias para discapacidades intelectuales y del desarrollo[ ]  Proveedores de apoyo a largo plazo (Family Care, IRIS, Partnership)[ ]  Proveedores de salud médica[ ]  Proveedores de salud mental[ ]  Administración del seguro social (Social Security Administration)[ ]  Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por ej., W-2)[ ]  Beneficios para veteranos o administración de salud[ ]  Compensación para trabajadores[ ]  Otras fuentes |
| Alumno con una discapacidad (marque sólo uno)[ ]  No soy estudiante [ ]  Estudiante en escuela media o secundaria/preparatoria con un plan 504 [ ]  Estudiante en escuela media o secundaria/preparatoria con un IEP[ ]  Estudiante en escuela media o secundaria/preparatoria sin un plan 504 ni IEP[ ]  Estudiante en educación postsecundaria u otro programa educativo de 21 años o menos[ ]  Estudiante en educación postsecundaria u otro programa educativo de 21 años o másNombre de la escuela, si corresponde: Nombre del distrito escolar, si corresponde:  |
| ¿Es veterano? [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Dónde está viviendo actualmente?[ ]  Establecimiento residencial comunitario/Casa grupal [ ]  Establecimiento correccional [ ]  Hogar de transición [ ]  Personas sin hogar/Refugio[ ]  Establecimiento de salud mental [ ]  Hogar de ancianos[ ]  Centro de tratamiento para abuso de sustancias [ ]  Residencia privada (independiente, o con familia [ ]  Establecimiento de rehabilitación u otra persona en casa, departamento, condo, etc.)[ ]  Otro  |
| ¿En la actualidad recibe alguno de los siguientes apoyos públicos? (Seleccione todos los que correspondan) |
| SSDI - Seguro de Discapacidad del Seguro Social SSI - Seguridad de Ingreso Suplementario para las personas de la tercera edad, ciegas o discapacitadas TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas (ej., W-2, Kinship Care, Wisconsin Shares, Caretaker Supplement) Asistencia general – gobierno estatal o local (ej., fondos del condado, etc.)Beneficios de discapacidad para veteranosCompensación al trabajador (WC)Seguro por desempleo (UI, Unemployment Insurance)Otra asistencia pública - Asistencia pública recibida de todas las demás fuentes no indicadas | [ ]  Sí [ ]  No[ ]  Sí [ ]  No[ ]  Sí [ ]  No[ ]  Sí [ ]  No[ ]  Sí [ ]  No[ ]  Sí [ ]  No[ ]  Sí [ ]  No[ ]  Sí [ ]  No |
| Si recibe servicios de empleo con apoyo, seleccione su proveedor (sólo uno) abajo:[ ]  IRIS, Include, Respect, I Self-Direct [ ]  MCO, Managed Care Organization (Organización de cuidado administrado) [ ]  Discapacidad de desarrollo del condado de Wisconsin (Wisconsin County Development Disability)[ ]  Salud mental del condado de Wisconsin (Wisconsin County Mental Health) Nombre del programa: Nombre de contacto del programa:  Teléfono de contacto del programa:  |
| ¿Está trabajando? [ ]  Sí [ ]  NoSi es Sí, ¿dónde trabaja? Cargo del trabajo:  |
| ¿Recibe seguro médico por medio de cualquiera de los siguientes servicios? (Seleccione todos los que correspondan)Medicaid/BadgerCare/MAPP [ ]  Sí [ ]  NoMedicare [ ]  Sí [ ]  NoIntercambio de la ley de cuidado médico asequible estatal o federal (State or [ ]  Sí [ ]  NoFederal Affordable Care Act Exchange)Público de otras fuentes [ ]  Sí [ ]  NoPrivado por medio del empleador [ ]  Sí [ ]  NoSeguro privado por otros medios [ ]  Sí [ ]  NoNo elegible para Seguro privado por medio del [ ]  Sí [ ]  Noempleador actual, pero será elegible después de un período de empleo |
| [ ]  Si esta referencia es completada por alguien distinto al individuo o su tutor, debe tener su consentimiento. Por favor marque esta casilla como confirmación de consentimiento. |
| Relación (seleccione solo uno)[ ]  Tutor [ ]  Institución educativa[ ]  Miembro de la familia [ ]  Agencia de cuidado a largo plazo[ ]  Amigo [ ]  Agencia de servicios sociales[ ]  Otro (especifique) Nombre:  |

|  |
| --- |
| **Solo para uso de la Oficina de la División de Rehabilitación Vocacional (Division of Vocational Rehabilitation, DVR)** |
| Fecha de recepción | Miembro del personal de la DVR |
| Facilitador de remisión de la DVR |

DWD es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con esta información, marque 7-1-1 para comunicarse con Wisconsin Relay Service. Sírvase comunicarse con la Division of Vocational Rehabilitation al (800) 442-3477 para pedir información en un formato alternativo, incluida la traducción a otro idioma.

DVR-17445-E-S (R 09/2023) (T. 09/2021) | Division of Vocational Rehabilitation: Socio orgulloso de la Red estadounidense de centros de trabajo (American Job Center network)