

Derivación para Servicios de DVR

Esta información es recopilada bajo la autoridad otorgada por 34 CFR § 361.38 con el propósito de facilitar los servicios de rehabilitación vocacional (RV). Según lo exigido por esta regulación y Wis. Stat. § 47.02(7), toda la información personal se mantiene confidencial y solo se divulga con el consentimiento informado del consumidor o su representante, o según lo requiera la ley. Completar este formulario es voluntario, pero no proporcionar esta información puede resultar en retrasos del servicio. La información recopilada puede usarse para la administración del programa de RV, coordinación de servicios y otros propósitos. La provisión de su número de seguro social (SSN) es voluntaria; no proporcionarlo podría causar retrasos en el procesamiento de la información.

Nombre legal		Nombre preferido		Inicial del segundo nombre	
Apellido legal		Número de Seguro Social - -		Fecha de nacimiento	
Dirección o Apartado postal					
Ciudad		Estado	Código postal	Condado de residencia	
¿En qué condado de Wisconsin desea recibir los servicios?					
Correo electrónico					
Número de teléfono			Número de teléfono celular		
¿Autoriza a DVR a dejar mensajes en los números de teléfono proporcionados anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Cuál es su método preferido de contacto? (seleccione solo uno) <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto					
Si recibe servicios de Cuidado a Largo Plazo, seleccione su proveedor (solo uno) a continuación: <input type="checkbox"/> Incluir, Respetar, Autodirigir (IRIS) <input type="checkbox"/> Organización de Atención Administrada (MCO) <input type="checkbox"/> Discapacidades del Desarrollo del Condado de Wisconsin <input type="checkbox"/> Salud Mental del Condado de Wisconsin Nombre del programa: Nombre del contacto del programa: Teléfono del contacto del programa: Correo electrónico del contacto del programa:					
¿Hay alguien a quien desee incluir en la programación de citas durante el proceso de derivación/solicitud debido a su discapacidad? Por favor proporcione la información de contacto a continuación. Nombre del contacto para citas: Relación con el contacto para citas: Teléfono del contacto para citas: Correo electrónico del contacto para citas:					
Necesidades de adaptación/idioma extranjero (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Intérprete ASL <input type="checkbox"/> Comunicaciones en audio <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Español Comentarios:					
Nombre del tutor (si es menor de 18 años o asignado por la corte)			Teléfono del tutor		
Dirección del tutor (incluyendo agencia, ciudad, estado y código postal)					
Correo electrónico del tutor					

Método preferido de contacto del tutor
 Correo electrónico Correo postal Mensaje de texto Teléfono

Discapacidad (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Trastorno por alcohol u otras drogas	<input type="checkbox"/> Amputación
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Lesión de espalda	<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Lesión medular
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano (Síndrome por uso repetitivo)	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral (PC)
<input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sordera
<input type="checkbox"/> Sordoceguera	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Dificultad auditiva
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Disfunción de cadera/rodilla/u otra articulación
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Extremidad faltante o deformada
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Trastorno miofascial
<input type="checkbox"/> Paraplejía o cuadriplejía	<input type="checkbox"/> Trastorno por estrés postraumático	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios/ pulmonares/alergias
<input type="checkbox"/> Dificultad específica de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Otra (especifique)_____	<input type="checkbox"/> Desconocida (especifique)_____

Describa cómo su discapacidad afecta su capacidad para encontrar, mantener o conseguir un mejor empleo:

Género
 Masculino Femenino Agénero Queer No binario Hombre transgénero
 Mujer transgénero Dos espíritus Mi género no está en la lista Prefiero no identificarme

Pronombres
 Él/Suyo Ella/Suya Elle/Su Ellos Prefiero no contestar
 Otro: _____

Raza (marque todas las que correspondan)
 Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico Blanco Prefiero no identificarme

Etnicidad – ¿Es usted hispano o latino?
 Sí No Prefiero no identificarme

¿Cómo supo acerca de DVR? (Seleccione solo una opción)

- Autoderivación, amigos, familia
- Titulares del certificado 14(c)/Talleres protegidos
- Programa de Servicios de RV para indígenas americanos
- Centros para la Vida Independiente
- Proveedores de servicios
- Programas para adultos, trabajadores desplazados y jóvenes (Título I de WIOA)
- Programa 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 estadounidense o desarrollo laboral
- Escuelas primarias y secundarias
- Instituciones de educación postsecundaria
- Empleadores
- Proveedores de servicios para discapacidades intelectuales y del desarrollo
- Proveedores de apoyo a largo plazo (Family Care, IRIS, Sociedades)
- Proveedor de atención médica (público o privado)
- Proveedor de salud mental (público o privado)
- Administración del Seguro Social
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por ejemplo, W-2)
- Beneficios para veteranos o administración de salud
- Compensación al trabajador
- Otras fuentes

Estudiante con discapacidad (seleccione solo una opción)

- No soy estudiante
- Estudiante en secundaria o preparatoria con un plan 504
- Estudiante en secundaria o preparatoria con un IEP
- Estudiante de secundaria o preparatoria sin IEP ni plan 504
- Estudiante en educación postsecundaria u otro programa educativo de 21 años o menor
- Estudiante en educación postsecundaria u otro programa educativo de 22 años o mayor

Nombre de la escuela, si aplica:

Nombre del distrito escolar, si aplica:

¿Es usted veterano?

- Sí No

¿Dónde reside actualmente?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Instalación residencial comunitaria/Hogar grupal | <input type="checkbox"/> Centro correccional |
| <input type="checkbox"/> Centro de reintegración social | <input type="checkbox"/> Sin hogar / refugio |
| <input type="checkbox"/> Instalación de salud mental | <input type="checkbox"/> Residencia de cuidado (Asilo de ancianos) |
| <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento por abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Residencia privada (independiente o con familia) |
| <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación | u otra persona en casa, apartamento, condominio, etc. |
| <input type="checkbox"/> Otro | |

¿Actualmente recibe alguno de los siguientes apoyos públicos? (marque todas las que correspondan)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| SSDI - Seguro por discapacidad del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| SSI - Seguridad de Ingreso Suplementario (edad, ceguera o discapacidad) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| TANF - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (por ej., W-2, Kinship Care, Wisconsin Shares, suplemento para cuidadores) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Asistencia General - Gobierno estatal o local (fondos del condado, etc.) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Beneficios por discapacidad para Veteranos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Compensación laboral (WC) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Seguro de desempleo (UI) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otro apoyo público - Apoyo recibido de otros servicios no listados | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

¿Está trabajando actualmente? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿dónde trabaja?

Puesto laboral:

¿Está recibiendo seguro médico a través de alguno de los siguientes servicios? (seleccione todas las que correspondan)

Medicaid/BadgerCare/MAPP	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Medicare	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Intercambio estatal o federal de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Público de otras fuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Privado a través del empleador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seguro privado por otros medios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
No elegible para seguro privado a través del empleador actual, pero será elegible después de un período de empleo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si esta referencia está siendo completada por alguien que no sea el individuo o su tutor, debe contar con su consentimiento. Por favor, marque esta casilla como confirmación del consentimiento.

Relación (seleccione solo una opción)

<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Institución educativa
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Agencia de cuidado a largo plazo
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia de servicios sociales
<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____	

Nombre: _____

Solo para uso de la oficina de DVR	
Fecha de recepción	Miembro del personal de DVR
Miembro del personal de DVR	

DWD es un empleador y proveedor de servicios con igualdad de oportunidades. Si tiene una discapacidad y necesita asistencia con esta información, marque 7-1-1 para el Servicio de Retransmisión de Wisconsin. Comuníquese con la División de Rehabilitación Vocacional al (800) 442-3477 para solicitar información en un formato alternativo, incluyendo traducciones a otro idioma.