

Giấy Giới Thiệu Nhận Dịch Vụ DVR

Thông tin này được thu thập theo thẩm quyền được cấp bởi 34 CFR § 361.38 nhằm mục đích hỗ trợ các dịch vụ phục hồi chức năng nghề nghiệp (VR). Theo quy định này và Wis. Stat. § 47.02(7), tất cả thông tin cá nhân được giữ bí mật và chỉ được tiết lộ bởi giấy chấp thuận có hiểu biết của người tiêu dùng hoặc đại diện của họ, hoặc theo yêu cầu của pháp luật. Việc hoàn thành biểu mẫu này là tự nguyện, nhưng không cung cấp thông tin này có thể dẫn đến trì hoãn dịch vụ. Thông tin thu thập có thể được sử dụng cho việc quản lý chương trình VR, phối hợp dịch vụ và các mục đích khác. Việc cung cấp số an sinh xã hội (SSN) của quý vị là tự nguyện; không cung cấp thông tin này có thể dẫn đến trì hoãn xử lý thông tin.

Tên hợp pháp		Tên ưa thích		Chữ cái đầu của tên đệm	
Họ hợp pháp		Số An sinh Xã hội - -		Ngày sinh	
Địa chỉ hoặc Hộp thư bưu điện (PO Box)					
Thành phố		Tiểu bang	Mã bưu điện	Quận cư trú	
Quý vị muốn nhận dịch vụ tại quận nào của Wisconsin?					
Địa chỉ email					
Số điện thoại			Số điện thoại di động		
Quý vị có cho phép DVR để lại tin nhắn tại các số điện thoại trên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Phương thức liên hệ ưa thích của quý vị là gì? (chỉ chọn một) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Thư <input type="checkbox"/> Khác (Vui lòng ghi rõ _____) <input type="checkbox"/> Điện thoại <input type="checkbox"/> Tin nhắn văn bản					
Nếu quý vị đang nhận dịch vụ Chăm sóc Dài hạn, vui lòng chọn nhà cung cấp của quý vị (chỉ chọn một) bên dưới: <input type="checkbox"/> Include, Respect, I Self-Direct (IRIS) <input type="checkbox"/> Managed Care Organization (MCO) <input type="checkbox"/> Wisconsin County Development Disability <input type="checkbox"/> Wisconsin County Mental Health Tên chương trình: Tên liên hệ của chương trình: Số điện thoại liên hệ của chương trình: Địa chỉ email liên hệ của chương trình:					
Có ai mà quý vị muốn được đưa vào việc lên lịch hẹn trong quá trình giới thiệu/nộp đơn do khuyết tật của quý vị không? Vui lòng cung cấp thông tin liên hệ của người đó bên dưới. Tên người liên hệ để đặt hẹn: Mối quan hệ với người liên hệ: Số điện thoại của người liên hệ: Địa chỉ email của người liên hệ:					

Nhu cầu Hỗ trợ/Ngôn ngữ Nước ngoài (chọn tất cả những gì phù hợp) <input type="checkbox"/> Thông dịch viên ASL <input type="checkbox"/> Chữ nổi Braille <input type="checkbox"/> Chữ in lớn <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Giao tiếp bằng băng ghi âm <input type="checkbox"/> Tiếng Hmong <input type="checkbox"/> Khác (Vui lòng ghi rõ) _____	
Ghi chú:	
Tên người giám hộ (nếu dưới 18 tuổi hoặc được tòa chỉ định)	Số điện thoại của người giám hộ
Địa chỉ của người giám hộ (bao gồm Cơ quan, Thành phố, Tiểu bang và Mã bưu điện)	
Địa chỉ email của người giám hộ	
Phương thức liên hệ ưa thích của người giám hộ <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Thư <input type="checkbox"/> Tin nhắn văn bản <input type="checkbox"/> Điện thoại	
Khuyết tật (chọn tất cả những gì phù hợp) <input type="checkbox"/> AIDS/HIV <input type="checkbox"/> Viêm khớp <input type="checkbox"/> Chấn thương lưng <input type="checkbox"/> Ung thư <input type="checkbox"/> Khuyết tật nhận thức <input type="checkbox"/> Điếc-Mù <input type="checkbox"/> Động kinh <input type="checkbox"/> Bệnh tim <input type="checkbox"/> Suy thận <input type="checkbox"/> Đa xơ cứng <input type="checkbox"/> Liệt hai chi hoặc bốn chi <input type="checkbox"/> Khuyết tật học tập cụ thể <input type="checkbox"/> Suy giảm thị lực <input type="checkbox"/> Không rõ (Vui lòng ghi rõ) _____ <input type="checkbox"/> Rối loạn sử dụng rượu hoặc chất kích thích <input type="checkbox"/> Rối loạn tăng động giảm chú ý <input type="checkbox"/> Mù lòa <input type="checkbox"/> Hội chứng ống cổ tay (Hội chứng sử dụng lặp đi lặp lại) <input type="checkbox"/> Xơ nang <input type="checkbox"/> Trầm cảm <input type="checkbox"/> Đau cơ xơ hóa <input type="checkbox"/> Bệnh máu khó đông <input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần <input type="checkbox"/> Loạn dưỡng cơ <input type="checkbox"/> Rối loạn căng thẳng sau sang chấn <input type="checkbox"/> Chấn thương tủy sống <input type="checkbox"/> Khác (Vui lòng ghi rõ) _____ <input type="checkbox"/> Cụt chi <input type="checkbox"/> Tự kỷ <input type="checkbox"/> Chấn thương não <input type="checkbox"/> Bại não <input type="checkbox"/> Điếc <input type="checkbox"/> Tiểu đường <input type="checkbox"/> Lãng tai <input type="checkbox"/> Rối loạn khớp hông/đầu gối/khớp khác <input type="checkbox"/> Chi bị thiếu hoặc biến dạng <input type="checkbox"/> Rối loạn cơ mạc <input type="checkbox"/> Bệnh phổi/hô hấp/dị ứng <input type="checkbox"/> Đột quy	
Mô tả cách khuyết tật của quý vị ảnh hưởng đến khả năng tìm việc, giữ việc hoặc có công việc tốt hơn:	
Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Phi giới tính <input type="checkbox"/> Giới tính không theo quy chuẩn <input type="checkbox"/> Phi nhị nguyên <input type="checkbox"/> Nam chuyển giới <input type="checkbox"/> Nữ chuyển giới <input type="checkbox"/> Hai linh hồn <input type="checkbox"/> Giới tính của tôi không được liệt kê <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ	
Danh xưng <input type="checkbox"/> Anh/Ông <input type="checkbox"/> Cô/Bà <input type="checkbox"/> Họ <input type="checkbox"/> Ze/Zir/Zirs <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <input type="checkbox"/> Khác: _____	
Chủng tộc (chọn tất cả những gì phù hợp) <input type="checkbox"/> Người Mỹ bản địa hoặc người bản xứ Alaska <input type="checkbox"/> Người gốc Á <input type="checkbox"/> Người da đen hoặc gốc Phi <input type="checkbox"/> Người bản địa Hawaii hoặc người dân đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ	
Dân tộc – Quý vị có phải là người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Chọn không tiết lộ	

Quý vị biết đến DVR từ đâu? (chỉ chọn một)

- Tự giới thiệu, Bạn bè, Gia đình
- Chứng nhận 14(c)/Xưởng làm việc được bảo trợ
- Chương trình Dịch vụ Phục hồi Chức năng Nghề nghiệp của Người Mỹ bản địa
- Trung tâm Sống Độc lập
- Nhà cung cấp dịch vụ
- Chương trình dành cho Người lớn, Người lao động bị mất việc và Thanh niên (Đề mục I của WIOA)
- Chương trình Giáo dục Người lớn và Đạo luật Học tập Gia đình (Đề mục II của WIOA)
- Chương trình Dịch vụ Việc làm theo Đạo luật Wagner-Peyser (Đề mục III của WIOA)
- Trung tâm Việc làm Hoa Kỳ khác hoặc Chương trình Phát triển Lực lượng Lao động
- Trường Tiểu học và Trung học
- Cơ sở Giáo dục Sau Trung học
- Nhà tuyển dụng
- Nhà cung cấp dịch vụ cho Người khuyết tật Trí tuệ và Phát triển
- Nhà cung cấp Hỗ trợ Dài hạn (Family Care, IRIS, Partnership)
- Nhà cung cấp dịch vụ Y tế (Công hoặc Tư nhân)
- Nhà cung cấp dịch vụ Sức khỏe Tâm thần (Công hoặc Tư nhân)
- Cơ quan An sinh Xã hội
- Chương trình Hỗ trợ Tạm thời cho Các gia đình có hoàn cảnh khó khăn
- Cơ quan Phúc lợi hoặc Y tế Cựu chiến binh
- Bồi thường cho Người lao động
- Nguồn khác

Học sinh có khuyết tật (chỉ chọn một)

- Không phải là học sinh
- Học sinh trung học cơ sở hoặc trung học phổ thông có kế hoạch 504
- Học sinh trung học cơ sở hoặc trung học phổ thông có Kế hoạch Giáo dục Cá nhân (IEP)
- Học sinh trung học cơ sở hoặc trung học phổ thông không có IEP và không có kế hoạch 504
- Học sinh trong chương trình giáo dục sau trung học hoặc chương trình giáo dục khác từ 21 tuổi trở xuống
- Học sinh trong chương trình giáo dục sau trung học hoặc chương trình giáo dục khác từ 22 tuổi trở lên

Tên trường học, nếu có:

Tên học khu, nếu có:

Quý vị có phải là cựu chiến binh không?

- Có Không

Quý vị hiện đang sống ở đâu?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cơ sở Cư trú Cộng đồng/Nhà tập thể | <input type="checkbox"/> Cơ sở Cải huấn |
| <input type="checkbox"/> Nhà tạm trú (Halfway House) | <input type="checkbox"/> Vô gia cư/Nhà tạm trú |
| <input type="checkbox"/> Cơ sở Sức khỏe Tâm thần | <input type="checkbox"/> Nhà dưỡng lão |
| <input type="checkbox"/> Trung tâm Điều trị Lạm dụng Chất kích thích | <input type="checkbox"/> Nhà riêng (sống độc lập hoặc cùng gia đình hoặc người khác trong nhà, căn hộ, chung cư, v.v.) |
| <input type="checkbox"/> Cơ sở Phục hồi Chức năng | |
| <input type="checkbox"/> Khác | |

Quý vị hiện có đang nhận bất kỳ hỗ trợ công nào sau đây không? (chọn tất cả những gì phù hợp)	
SSDI - Social Security Disability Insurance	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
SSI - Supplemental Security Income for the Aged, Blind or Disabled	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
TANF - Temporary Assistance for Needy Families (ví dụ: W-2, Kinship Care, Wisconsin Shares, Caretaker Supplement)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trợ cấp chung – Chính quyền Tiểu bang hoặc Địa phương (ví dụ: quỹ quận, v.v.)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trợ cấp Khuyết tật cho Cựu chiến binh	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bồi thường người lao động (WC)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bảo hiểm thất nghiệp (UI)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Hỗ trợ công khác - Hỗ trợ công nhận được từ tất cả các dịch vụ không được liệt kê	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có đang đi làm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, quý vị làm việc ở đâu? Chức danh công việc:	
Quý vị có đang nhận bảo hiểm y tế thông qua bất kỳ dịch vụ nào sau đây không? (chọn tất cả những gì phù hợp)	
Medicaid/BadgerCare/MAPP	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Medicare	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Chương trình Bảo hiểm Y tế theo Đạo luật Chăm sóc Giá cả phải chăng của Tiểu bang hoặc Liên bang	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bảo hiểm công từ các nguồn khác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bảo hiểm tư nhân thông qua chủ lao động	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bảo hiểm tư nhân thông qua các phương thức khác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Không đủ điều kiện nhận bảo hiểm tư nhân thông qua chủ lao động hiện tại, nhưng sẽ đủ điều kiện sau một thời gian làm việc	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<input type="checkbox"/> Nếu đơn giới thiệu này được hoàn thành bởi người khác ngoài cá nhân hoặc người giám hộ của họ, quý vị phải có sự đồng ý của họ. Vui lòng đánh dấu vào ô này để xác nhận sự đồng ý.	
Mối quan hệ (chỉ chọn một)	
<input type="checkbox"/> Người giám hộ	<input type="checkbox"/> Cơ sở giáo dục
<input type="checkbox"/> Thành viên gia đình	<input type="checkbox"/> Cơ quan chăm sóc dài hạn
<input type="checkbox"/> Bạn bè	<input type="checkbox"/> Cơ quan dịch vụ xã hội
<input type="checkbox"/> Khác (Vui lòng ghi rõ) _____	
Tên:	

Chỉ dành cho Văn phòng DVR	
Ngày nhận	Nhân viên DVR
Người hỗ trợ giới thiệu DVR	

DWD là nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ cơ hội bình đẳng. Nếu quý vị có khuyết tật và cần hỗ trợ với thông tin này, vui lòng quay số 7-1-1 để sử dụng Dịch vụ Tiếp âm Wisconsin. Vui lòng liên hệ với Ban Phục hồi Chức năng Nghề nghiệp theo số (800) 442-3477 để yêu cầu thông tin ở định dạng thay thế, bao gồm cả bản dịch sang ngôn ngữ khác.