

Iowa Vocational Rehabilitation Services – Formulario de solicitud

Por favor llene todas las secciones. Si le gustaría recibir ayuda con este formulario, no dude en pedirla. Si necesita más espacio, por favor utilice una hoja de papel adicional.

A. Información personal:

Nombre de pila: _____
Segundo nombre/Apellido de soltera: _____
Apellido: _____
Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección residencial: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Condado: _____ Teléfono: (Casa) (____) _____ (Celular) (____) _____
Correo electrónico: _____ Edad: _____ Sexo: ____ M ____ F

Raza: Por favor indique todas las que sean pertinentes.

____ Blanca ____ Hawaiana nativa o de otra isla del Pacífico ____ Asiática
____ India americana o nativa de Alaska ____ Negra o afroamericana

Etnicidad: Por favor indique una.

Hispanica o latina: ____ sí ____ no

Estado Civil: Por favor indique por lo menos uno.

____ Casado, incluso en unión consensual ____ Enviudado ____ Divorciado ____ Separado
____ No se ha casado nunca

Acomodamientos de vivienda:

____ Residencia privada ____ Residencia comunitaria u hogar de grupo ____ Institución de rehabilitación
____ Institución de salud mental ____ Hogar de ancianos ____ Centro de reinserción [Halfway House]
____ Albergue para desamparados ____ Centro de tratamiento de abuso de sustancias
____ Institución correccional de adultos ____ Otro

¿Tiene un tutor legal? ____ Nombre: _____ Teléfono: _____

B. Procedencia de la referencia y servicios de rehabilitación:

¿Cuáles servicios le gustaría recibir por parte de Iowa Vocational Rehabilitation Services (IVRS)?

¿Quién lo refirió a IVRS? _____ Número de teléfono:(____) _____

¿Hay alguien con quien no viva que normalmente nos pudiera ayudar a comunicarnos con usted?

Nombre de pila: _____ Apellido: _____ Relación: _____
Teléfono: (Casa):(____) _____ (Celular):(____) _____ (Trabajo):(____) _____
Correo electrónico: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de pila: _____ Apellido: _____ Relación: _____
Teléfono: (Casa):(____) _____ (Celular):(____) _____ (Trabajo):(____) _____
Correo electrónico: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

C. Información de la discapacidad:

¿Cuál es su discapacidad, padecimiento, o diagnóstico? _____

¿Qué medicamentos está tomando en la actualidad? _____

¿Toma sus medicamentos como se los recetaron? __sí __no, si ñoñ explique: _____

¿Cómo afecta su discapacidad su aptitud para trabajar o encontrar empleo? _____

D. Información sobre transporte:

¿Qué tipo de transporte utiliza? (indique todos los que sean pertinentes) __vehículo privado __autobús
__taxi __familiares/amigos __otro: por favor explique: _____

Cualquier empleo que consiga ¿tendría que ser de fácil acceso al (horario y ruta del) autobús? __sí __no

¿Tiene un plan alternativo de transporte en caso de una emergencia? _____sí _____no

Describe el plan alternativo: _____

¿Tiene una licencia de conducir válida? __sí __no

Si ñoñ, ¿tiene planeado conseguir una licencia de conducir? _____sí _____no

¿Tiene planeado tomar clases de manejo si no cuenta ahora con una licencia de conducir? __sí __no

¿Tiene una licencia de chofer o una licencia de conducir comercial (CDL)? __sí __no

E. Manutención mensual y prestaciones al solicitar:

¿Alguna vez ha solicitado Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) o Ingreso del Seguro
Suplementario (SSI)? __sí __no

Si lo ha hecho, ¿cuáles fueron los resultados? __aprobado __rechazado __pendiente __en proceso de apelación

Si está recibiendo manutención pública, por favor anote la cantidad en dólares al lado de la prestación que recibe:

_____SSDI _____SSI _____TANF _____Discapacidad para veteranos

_____Asistencia General _____Compensación al trabajador

_____Otra manutención pública (especifique _____)

¿Cuál es su fuente principal de manutención? __ingreso personal (sueldos, ganancias, intereses, etc.)

__Familiares/Amigos __Manutención pública (SSI, SSDI, TANF, etc.) __Todas las otras fuentes

¿Qué fuente de seguro médico utiliza? (indique todas las que sean pertinentes)

__Empleo actual __Medicaid __Medicare __Seguro público de otras fuentes

__Sin seguro médico __Privado (Compañía de seguro médico: _____)

F. Antecedentes penales reportados:

¿Anticipa que tendrá problemas con una revisión de sus antecedentes penales? __sí __no

¿Alguna vez lo han condenado por un delito? __sí __no

Si ñsí, explique: _____

¿Cuál fue el resultado de la condena (libertad bajo palabra, encarcelamiento, expedientes juveniles
sellados, etc.)? _____

¿Cuál es el impacto en su elección vocacional y hay trabajos específicos que no podrá realizar?

G. Información sobre educación al solicitar:

¿Cuál es el grado más alto que ha completado? _____
¿Recibió servicios de educación especial mientras estaba en la escuela secundaria superior? __sí__ __no__
Si òsíò, ¿cuándo (mes/año) empezó sus servicios de educación especial? _____
¿Recibió servicios en la escuela secundaria superior bajo un plan 504? _____sí_____ no
¿Participa, o participó, en la escuela secundaria superior en un programa de experiencia laboral? __sí__ __no__
¿Está planeando continuar con su capacitación? _____ sí _____no (si òsíò, por favor describa el programa y/o la escuela: _____)

Si tiene planes para continuar con una educación después de la escuela secundaria superior:

¿Ha recibido la Solicitud Gratuita de Ayuda Federal para Estudiantes (FAFSA)? __sí__ __no__
¿Ha solicitado ayuda financiera para estudiantes? __sí__ __no__
¿Está incumpliendo con los pagos de un préstamo federal para estudiantes? _____sí_____ no
¿Hay algún problema personal o circunstancia que pueda interferir con su trabajo mientras asiste a la escuela? (Si òsí, òpor favor explique) _____sí_____no Explique: _____

Historial Educativo:

Nombre y ubicación de la escuela secundaria superior: _____
Mes y año en que se graduó: _____ (puede ser una futura fecha prevista)
í ..
Última universidad o escuela de capacitación vocacional a la que atendió: _____
Ubicación de la escuela: _____ ¿Acabó el programa? __sí__ __no__
Si no acabó con el programa por favor explique por qué: _____

Campo de especialización o programa: _____ Título/Certificado: _____
Fechas en que acudió: desde _____ hasta _____ Índice académico (GPA): _____
í .
Otra universidad o escuela de capacitación vocacional a la que atendió: _____
Ubicación de la escuela: _____ ¿Acabó el programa? __sí__ __no__
Si no acabó con el programa por favor explique por qué: _____

Campo de especialización o programa: _____ Título/Certificado: _____
Fechas en que acudió: desde _____ hasta _____ Índice académico (GPA): _____

H. Historial de Empleo:

¿Está empleado ahora? __sí__ __no__
Empleador: _____ Título del puesto: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Salario: _____ por _____ (por hora, por semana, quincenal, bimestral, anual)
Horas por semana: _____ Fecha en que empezó: _____
Funciones específicas: _____

Otras experiencias:

¿Ha hecho servicio militar? __sí__ __no__
Si òsíò, _____ baja con licencia honrosa _____ baja por conducta deshonrosa
Si fue baja por conducta deshonrosa, por favor explique: _____

