|  |  |
| --- | --- |
| Texas Workforce Solutions logo | **Servicios Vocacionales de Rehabilitación****Comisión de la Fuerza Laboral de Texas****Declaración de Solicitud para el Programa de OIB**   |
|  Servicios para personas mayores que son ciegos (OIB)  Con pocas excepciones, tiene derecho, al pedirlo, a que se le informe acerca de información que Servicios Vocacionales de Rehabilitación Soluciones de la Fuerza Laboral de Texas (TWS/VRS) recopila acerca de usted. También tiene derecho a recibir y examinar la información, y a que la TWS/VRS corrija información acerca de usted que sea incorrecta (Sections 552.021, 552.023, and 559.004 del Código Gubernamental).   |
| Información del Solicitante    |
| Apellido:       | Nombre:       |
| Inicial:       | Número de Seguro Social:       |
| Estoy solicitando servicios. Mi firma a continuación certifica lo siguiente.    |
| Resultado del Servicio    |
| Estoy solicitando servicios de vida independiente con el propósito de continuar viviendo lo más independiente posible.  |
| Derechos    |
| * He recibido una copia de “**Podemos hablar?”**, que tiene información acerca de mis derechos y responsabilidades. He leído y entiendo el contenido.
* Se me han explicado la disponibilidad y fin del Programa de Asistencia al Cliente.  Entiendo que la información de contacto para CAP se encuentra en mi copia de “**Podemos hablar?**”.
 |
| Recursos Financieros    |
| Se me han explicado las reglas sobre la participación del cliente en el costo de los servicios.  Al proporcionarle información a TWS/VRS acerca de los recursos económicos de mi familiah he proporcionado información cierta y correcta.   |
| Permiso Para Recopilar y Recibir Información Confidencial   |
| Entiendo que TWS/VRS está autorizado para recopilar cierta información medica y/o personal y familiar para determinar elegibilidad y para crear un plan de servicio. He recibido y firmado una renuncia para este fin y entiendo que ella,  (1) puede ser revocada en cualquier momento con excepción de cosas que ya se hayan hecho en base a este consentimiento,  y (2) se vence automáticamente cuando la persona sobre la cual se está recopilando información ya no estés solicitando o recibiendo servicios de TWS/VRS.    |
| Firmas    |
| Nombre del solicitante:      | Firma del solicitante: **X** | Fecha:      |
| Escribir el nombre del tutor y/o representante con letra de imprenta (si aplica):      | Firma del tutor y/o representante: **X** | Fecha:      |
| Escribir el nombre del representante de TWS/VRS con letra de imprenta:      | Firma del representante de TWS/VRS:  **X** | Fecha:       |
| Escribir el nombre del testigo (si una de las personas anteriores firma con una marca):      | Firma del testigo:  **X** | Fecha:      f orm  |