|  |  |
| --- | --- |
| Texas Workforce Solutions logo | **Texas Workforce Commission****Servicios de Rehabilitación Vocacional****Solicitud de servicios**   |
| Información de contacto inicial    |
| Fecha del primer contacto:       | Fecha del contacto inicial sin asignación de caso:       |
| Número de seguro social:      | Fecha del contacto inicial con asignación de caso:      |
| Apellido:      | Nombre:      | Segundo nombre:      |
| Prefijo:       | Nombre preferido:      | Fecha de nacimiento:       |
| Sin hogar/fugado : [ ]  El individuo no cumple la definición de sin hogar [ ]  El individuo no cumple la definición de sin hogar [ ]  El participante no se autoidentificó |
| Dirección:       | Código postal:       | Sufijo del código postal:      | Estado:   |
| Ciudad:      | Condado:      |
| Área local de Desarrollo de la Fuerza Laboral:      |
| Teléfono principal : (     )       Ext:       | Tipo:      Compañía telefónica:       | Teléfono 2 : (     )       Ext:       | Tipo:      Compañía telefónica:        |
| Teléfono 3 : (     )       Ext:       | Tipo:      Compañía telefónica:       | Teléfono 4 : (     )       Ext:       | Tipo:      Compañía telefónica:       |
| Método principal de reunión preferido : [ ]  Cara a cara [ ]  Teléfono [ ]  Virtual[ ]  No Seleccionó/Divulgó [ ]  No Aplicable  | Método secundario preferido de reunión :[ ]  Cara a cara [ ]  Teléfono [ ]  Virtual[ ]  No seleccionó/divulgó [ ]  No aplicable |
| Método terciario de reunión preferido :[ ]  Cara a cara [ ]  Teléfono [ ]  Virtual[ ]  No seleccionó/divulgó [ ]  No aplicable | Método preferido de contacto continuo :[ ]  Correo electrónico [ ]  Texto [ ]  Teléfono [ ] [ ]  Correo postal |
| El cliente tiene Internet : [ ]  Sí [ ]  NoEl cliente tiene una computadora/portátil : [ ]  Sí [ ]  NoEl cliente puede realizar una videoconferencia : [ ]  Sí [ ]  No |
| Dirección IP de la retransmisión de video:       |
| Correo electrónico principal 1:      Tipo:       | Correo electrónico 2:     Tipo:       |
| Correo electrónico 3:     Tipo:       | Correo 4:     Tipo:       |
| Otro:       |
| Actualmente inscrito   : [ ]  No en este momento [ ]  Grados 7-12 [ ]  Escuela privada 7-12 [ ]  Escuela en casa 7-12 [ ]  Grados K-6 [ ]  Escuela privada K-6 [ ]  Escuela en casa K-6 [ ]  Programa para mayores de 18 años en la escuela secundaria [ ]  Programa GED [ ]  Universidad de 2 años [ ]  Universidad de 4 años [ ]  Escuela de posgrado- Máster [ ]  Escuela de posgrado- Doctorado [ ]  Escuela vocacional para certificación industrial [ ]  Formación vocacional no conducente a una credencial [ ]  Formación- Aprendizaje registrado por el Departamento de Trabajo de EE. UU. (DOL) |
| Plan de Educación Individualizado : [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No indicó |
| Plan 504 : [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No indicó |
| Nivel de educación en el contacto inicial:       |
| Víctima de desastre/incidente : [ ]  Sí [ ]  No[ ]  Pérdida de empleo por COVID-19 [ ]  Retraso en el servicio de VR/OIB por COVID-19 [ ]  Tormenta invernal de 2021 [ ]  Incidente masivo en Robb Elementary-Uvalde |
| Indicadores demográficos : [ ]  Lesiones cerebrales adquiridas (incluyendo lesión cerebral traumática e ictus) [ ]  Rehabilitación vocacional para ciegos [ ]  Sordos / Hipoacúsicos [ ]  Sordociegos [ ]  Servicios de vida independiente para personas mayores ciegas (OIB) [ ]  Personas con movilidad reducida [ ]  Salud mental/abuso de sustancias [ ]  Rehabilitación vocacional general [ ]  Neurodesarrollo [ ]  Perceptor del salario mínimo de una 14c [ ]  Lesión medular (SCI) [ ]  Veterano de guerra [ ]  Transición a VRS |
| Raza y etnia  : [ ]  Indio americano o nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o afroamericano [ ]  Hispano o latino [ ]  Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico [ ]  Blanco [ ]  No se autoidentificó (esta opción no está disponible para los menores de 18 años) |
| Tarjeta de grado certificado de ancestros indígenas por sangre : [ ]  Sí [ ]  NoSi la respuesta es sí, Programas para indígenas o nativos estadounidenses:       |
| Estrategia de servicios de VR solicitada : [ ]  Preparación para el empleo [ ]  Obtención de empleo [ ]  Mantener el empleo [ ]  Avanzar en el empleo [ ]  Explorar otros servicios para ciegos [ ]  Solo servicios de transición previos al empleo [ ]  Solo otros servicios para ciegos [ ]  Asesoramiento profesional solo para clientes de 511 |
| Resultado previsto del empleo : [ ]  Integración Laboral Competitiva [ ]  Autoempleo[ ]  Empleo con apoyo [ ]  Autoempleo con apoyo |
| ¿Cómo podemos ayudarle?       |
| Fuente de remisión   |
| Categoría de remisión : [ ]  Instituciones educativas-públicas o privadas[ ]  Agencias y organizaciones públicas [ ]  Organizaciones privadas y particulares [ ]  Hospitales y organizaciones de salud-públicas o privadas  |
| Fuente de remisión:       |
| Nombre de la fuente de remisión:       |
| Dirección de la fuente de remisión:      | Código postal:       | Estado:       |
| Ciudad:       | Condado:       |
| Número de teléfono de la fuente de remisión : (     )        | Ext:      | Tipo:      |
| Iniciar mi Número de billete de VR:       |
| Información personal   |
| No contactar para encuestas [ ]  |  |
| Sexo : [ ]  Femenino [ ]  Masculino [ ]  No se autoidentificó | Estado civil:       |
| Situación de vivienda:       | Preparación laboral : [ ]  Sí [ ]  No |
| Licencia de conducir o número de identificación estatal:       | Estado:       |
| Preferencia de idioma:       | Estudiante del idioma inglés:       |
| Preferencia de medios:       |
| El cliente puede necesitar tecnología de asistencia o rehabilitación  [ ]  Sí [ ]  No |
| Demanda pendiente : [ ]  Sí [ ]  No  |
| El cliente tiene barreras relacionadas con un arresto, condena u otro delito o acto delictivo: [ ]  No lo ha revelado [ ]  No [ ]  Sí  | Alojado en una cárcel o prisión en el momento de la solicitud : [ ]  Sí [ ]  NoSi procede, fecha de puesta en libertad:        |
| Fecha en la que se ofreció asistencia para el registro de votantes al cliente (Referencia VR1680):        |
| Inmigración  |
| ¿El cliente es un ciudadano estadounidense?  | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿El cliente es un extranjero inmigrante?  | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿El cliente tiene un permiso de trabajo?  | [ ]  Sí [ ]  No |
| **Verificación de I9** |
| Tipo de lista de documentos (Lista A, B y/o C):       |
| Documento(s) proporcionado(s):       |
| ¿Los documentos proporcionados tienen una fecha de vencimiento?  [ ]  Sí [ ]  NoSi la respuesta es sí, indicar la fecha de vencimiento:       |
| Inactivar documento proporcionado:       |
| Motivo de la desactivación del documento:       |
| Seguro    |
| [ ]  Sin seguro[ ]  Medicaid[ ]  Medicare[ ]  Seguro privado a través del empleo propio[ ]  Seguro privado a través del empleador está pendiente[ ]  Seguro privado por otros medios[ ]  CHIP[ ]  Texas Healthy Kids[ ]  Niños con necesidades especiales de cuidado de la salud (CSHCN)[ ]  Seguro público por medios federales[ ]  Seguro público por otros medios |
| Categoría de Medicaid    |
| Número de Medicaid:      | Fuente de verificación y estado:      | Fecha de verificación:      |
| Empleo    |
| Estado (seleccione uno):  [ ]  Integración Laboral Competitiva[ ]  Trabajador independiente[ ]  Programa de Empresas Comerciales de Ley Randolph-Sheppard[ ]  Empleado: Programa de Empresas Comerciales administrado por una Agencia del Estado[ ]  Empleado: Empleo prolongado[ ]  Empleado pero ha recibido un aviso de despido[ ]  Empleado: Miembro de servicio de transición[ ]  Desempleado: Estudiante de educación secundaria[ ]  Desempleado: Todos los demás estudiantes[ ]  Desempleado: Estudiante, pasante o voluntario[ ]  Desempleado: Otro |
| Empleado sin remuneración : [ ]  Sí [ ]  No |
| Reseña del caso de situación laboral (con empleo) :[ ]  Conservación del empleo [ ]  Promoción profesional [ ]  No aplicable |
| Compensación para Trabajadores   |
| ¿El cliente está solicitando los servicios debido a una lesión sufrida en el trabajo?  [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿El cliente tiene en la actualidad un caso de indemnización laboral, es decir, recibe beneficios médicos o de ingresos, o ambos?  [ ]  Sí [ ]  NoEn caso afirmativo, marque todo lo que corresponda a continuación: [ ]  División de Compensación para Trabajadores de Texas[ ]  Compensación Federal para Trabajadores[ ]  Agencia de compensación para trabajadores que no sea de Texas o federal |
| Reseña del caso de situación laboral (no trabaja)  |
| ¿Ha trabajado alguna vez?   | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Su discapacidad ha afectado o afectará su posibilidad de obtener un empleo?   | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Ha perdido un empleo debido a su discapacidad?  | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Ha interferido o interferirá su discapacidad en la formación u otra preparación para un trabajo?   | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Su discapacidad ha generado o generará la necesidad de asistencia especial para desempeñar las funciones laborales?   | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Qué servicios necesita?       |
| Comentarios:       |
| Reseña del caso de situación laboral (con empleo)  |
| ¿Corre peligro de perder su empleo debido a que su discapacidad afecta el desempeño de las funciones laborales fundamentales?  | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Necesita servicios, asistencia especial o modificaciones para mantener su empleo?  | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Cree que su empleo actual es inferior a sus habilidades?  | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Interfiere su discapacidad en el mantenimiento de su trabajo?    | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Qué servicios necesita?       |
| Comentarios:       |
| **Póliza de seguro**   |
| Compañía de seguros 1:       |
| Número de póliza:       | Número de grupo:      |
| Compañía de seguros 2:       |
| Número de póliza:       | Número de grupo:       |
| Compañía de seguros 3:       |
| Número de póliza:       | Número de grupo:       |
| **Información para veteranos**  |
| Condición de veterano [ ]  No divulgado[ ]  Veterano con baja deshonrosa[ ]  Veterano- Cualquier baja que no sea deshonrosa[ ]  No es veterano |
| Militar activo : [ ]  Sí [ ]  No |
| Código postal del estado militar:       |
| Miembro de servicio de transición : [ ]  Sí [ ]  No  |
| Servicios de veteranos recibidos : [ ]  Sí [ ]  No  |
| Condición de veterano elegible:       |
| Veterano discapacitado : [ ]  Sí [ ]  No  |
| Fecha de separación militar efectiva:       |
| Información sobre el historial laboral   |
| **¿Ha trabajado alguna vez el cliente?**[ ]  **Sí** **[ ]  No Si la respuesta es no, pase a la siguiente sección.** |
| Nombre del empleador 1:       |
| Fecha de contratación (mes, día y año):       |
| Ocupación:       |
| Fecha de finalización (mes, día y año):       |
| Número de meses de empleo:       |
| ¿Esta es una experiencia laboral de prueba?   [ ]  Sí [ ]  No |
| Tipo de trabajo de prueba:       |
| ¿El trabajo de prueba fue un éxito?   [ ]  Sí [ ]  No |
| Motivo para irse:       |
| Dirección del empleador:       | Código postal:      | Estado:   |
| Ciudad:      | Condado:      |
| Número de teléfono : (     )       Ext:        | Tipo:       |
| **Nombre del empleador 2:** |
| Fecha de contratación (mes, día y año):       |
| Ocupación:       |
| Fecha de finalización (mes, día y año):       |
| Número de meses de empleo:       |
| ¿Esta es una experiencia laboral de prueba?  [ ]  Sí [ ]  No |
| Tipo de trabajo de prueba:       |
| ¿El trabajo de prueba fue un éxito?  [ ]  Sí [ ]  No |
| Motivo para irse:       |
| Dirección del empleador:       | Código postal:      | Estado:   |
| Ciudad:      | Condado:      |
| Número de teléfono: (     )       Ext:        | Tipo:       |
| **Nombre del empleador 3**: |
| Fecha de contratación (mes, día y año):       |
| Ocupación:       |
| Fecha de finalización (mes, día y año):       |
| Número de meses de empleo:       |
| ¿Esta es una experiencia laboral de prueba?  [ ]  Sí [ ]  No |
| Tipo de trabajo de prueba:       |
| ¿El trabajo de prueba fue un éxito?  [ ]  Sí [ ]  No |
| Motivo para irse:       |
| Dirección del empleador:       | Código postal:      | Estado:   |
| Ciudad:      | Condado:      |
| Número de teléfono: (     )       Ext:        | Tipo:       |
| Información sobre el empleo actual (complete solo si está empleado en el momento de la solicitud)   |
| Cargo:       |
| Tipo de ganancia : [ ]  Semanal [ ]  Por hora [ ]  Quincenal [ ]  Mensual |
| Horas semanales trabajadas:       | Ingresos brutos semanales, por hora, quincenales o mensuales:       |
| Fecha de contratación (mes, día y año):       |
| Fecha de finalización del empleo:       | ¿Es un empleo federal?  [ ]  Sí [ ]  No |
| Nombre del empleador:       |
| Dirección del empleador:       | Código postal:      | Estado:   |
| Ciudad:      | Condado:      |
| Número de teléfono: (     )       Ext:        | Tipo:       |
| URL del sitio web:       | Correo electrónico:       |
| Información adicional o comentarios del empleado:       |
| Fuente de información:       | ¿Es posible comunicarse con el empleador?  [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Empleado sin remuneración?   [ ]  Sí [ ]  No |
| Información financiera mensual    |
| [ ]  **El cliente se negó a revelar información financiera.** |
| **Recursos económicos** |
| Salario neto:       |
| Ingresos netos si trabaja por cuenta propia:       |
| Total de ahorros y activos líquidos (incluye ahorros, acciones, bonos, etc. del cliente, cónyuge y padre o madre, si están a su cargo):       |
| **Ingresos personales**    |
| Horas semanales trabajadas:       |
| Ingresos brutos semanales: $      | Salario bruto quincenal: $      |
| Salario por hora: $      | Ingreso bruto mensual: $      |
| Manutención de los hijos: $      | Intereses, dividendos, fideicomisos y regalías: $      |
| Ahorros (indique monto mensual utilizado para el ahorro): $      | Ingresos por alquiler: $       |
| Pensión o anualidades: $      | Otros ingresos de clientes (otros ingresos no incluidos en las categorías anteriores): $       |
| **Ayuda pública**    |
| Beneficiario de beca Pell : [ ]  Sí [ ]  No |
| TANF $      | Agotar la TANF en dos años : [ ]  Sí [ ]  No |
| Asistencia general (Incluye pagos del gobierno estatal o local): $      | Compensación para trabajadores:       |
| Compensación por desempleo: $      | Beneficio por discapacidad para veteranos: $      |
| Otra asistencia pública de “beneficio monetario” no indicada: $      | Apoyo no monetario: $      |
| **Apoyo de familiares y amigos** |
| Ingresos netos de familia y amigos (cónyuge/padre/madre/tutor/hijos/amigo, incluyendo ingresos, salarios o asistencia  pública u otros recursos): $      |
| Todo apoyo no monetario en especie de familia y amigos : [ ]  Síes [ ]  No |
| **Ayuda de otras fuentes**    |
| Seguro privado por discapacidad / organizaciones benéficas: $      |
| Cualquier ayuda en especie o no monetaria de una organización benéfica: [ ]  Sí [ ]  No |
| **Ajustes a los ingresos**    |
| Hipoteca/renta: $      | Otros gastos (incluso médicos o legales) $      |
| Embargo gubernamental: $      | Embargo de la manutención de los hijos: $      |
| **Pensiones**    |
| Cantidad de dependientes (cantidad de individuos que dependen de los ingresos y activos líquidos del cliente y/o la familia):       |
| Motivo de la actualización:      |
| Beneficios del Seguro Social  |
| Beneficios de Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI)- Elegibilidad presunta para servicios de VR  |
| ¿Recibe beneficios de SSI para adultos discapacitados/ciegos?   [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Recibe Medicaid 1619b?  [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Recibe beneficios de SSI para la infancia?  [ ]  Sí [ ]  No |
| Beneficios por discapacidad del Título II- Elegibilidad presunta para los servicios de VR  |
| ¿Recibe beneficios del Seguro de Discapacidad del Seguro Social del Título II?  [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Recibe beneficios de beneficiario por discapacidad infantil/adulto discapacitado del Título II?   [ ]  Sí [ ]  No  |
| ¿Recibe beneficios de viudedad para discapacitados del Título II?  [ ]  Sí [ ]  No |
| Pago en exceso  |
| ¿Tiene un pago en exceso de un beneficio del Seguro Social?  [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Tiene un pago en exceso de un beneficio por discapacidad del Título II?  [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Paga una cantidad mensual al Seguro Social?  [ ]  Sí [ ]  No |
| Otros beneficios del Seguro Social- NO presuntamente elegible para servicios de VR  |
| ¿Recibe beneficios de SSI para adultos mayores?  [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Recibe beneficios en metálico del Título II (solo jóvenes menores de 18 años)?  [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Recibe beneficios de jubilación del Seguro Social?  [ ]  Sí [ ]  No |
| Boleto para trabajar  |
| ¿Tiene boleto para trabajar?  [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Está trabajando con un proveedor para encontrar empleo?   [ ]  Sí [ ]  No |
| Nombre del proveedor:       |
| Contacto del proveedor:       |
| Solicitud de información    |
| **Nombre de fuente 1:** | **Desde la fecha:**      | **Hasta la fecha:**      |
| Dirección:       | Código postal:      | Estado:   |
| Ciudad:      | Condado:      |
| Teléfono 1: (     )       Ext:       | Tipo:      | Teléfono 2: (     )       Ext:       | Tipo:      |
| Teléfono 3: (     )       Ext:       | Tipo:      | Teléfono 4: (     )       Ext:       | Tipo:      |
| Correo electrónico de la fuente:       |
| Página web de la fuente:       |
| Comentarios:       |
| **Nombre de fuente 2:**      | **Desde la fecha:**      | **Hasta la fecha:**      |
| Dirección:       | Código postal:      | Estado:   |
| Ciudad:      | Condado:      |
| Teléfono 1: (     )       Ext:       | Tipo:      | Teléfono 2: (     )       Ext:       | Tipo:      |
| Teléfono 3: (     )       Ext:       | Tipo:      | Teléfono 4: (     )       Ext:       | Tipo:      |
| Correo electrónico de la fuente:       |
| Página web de la fuente:       |
| Comentarios:       |
| **Nombre de fuente 3:** | **Desde la fecha:**       | **Hasta la fecha:**       |
| Dirección:       | Código postal:      | Estado:   |
| Ciudad:      | Condado:      |
| Teléfono 1: (     )       Ext:       | Tipo:      | Teléfono 2: (     )       Ext:       | Tipo:      |
| Teléfono 3: (     )       Ext:       | Tipo:      | Teléfono 4: (     )       Ext:       | Tipo:      |
| Correo electrónico de la fuente:       |
| Página web de la fuente:       |
| Comentarios:       |
|  **Declaración de solicitud**   |
| Yo, el solicitante, confirmo que :* comprendo que solicito servicios de rehabilitación vocacional conducentes a un resultado laboral.
* entiendo que la ley de Texas exige que toda la información financiera que proporcione a la agencia debe ser completa y exacta.
* acepto participar en todas las evaluaciones que son necesarias para determinar mi elegibilidad para los servicios;
* he recibido copias de los folletos del programa que incluyen información sobre el proceso de solicitud de la agencia, el proceso de apelación, los procedimientos de mediación y la disponibilidad del Programa de Asistencia al Cliente, y
* entiendo que la agencia tiene derecho a solicitar el reembolso de los servicios adquiridos para mí si recibo una sentencia o un acuerdo del seguro como resultado de una demanda, reclamación u otra acción legal relacionada con mi discapacidad.
 |
| **Firmas**   |
| Firma del solicitante:**X**  | Nombre del solicitante:       | Fecha:      |
| Firma de padre/madre, tutor y/o representante (si corresponde):**X** | Nombre de padre/madre, tutor y/o representante (si corresponde):       | Fecha:      |
| Firma del representante de VR:**X** | Nombre del representante de VR:      | Fecha:      |
| Firma del testigo (si uno de los anteriores firma con una marca):**X** | Nombre del testigo (si uno de los anteriores firma con una marca):      | Fecha:       |