|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  No  El cliente tiene una computadora/portátil :  Sí  No  El 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  No  Si 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  No  Si 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  No  Si 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  No  En 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: | | | |