|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Texas Workforce Solutions logo | | | **Texas Workforce Commission**  **Servicios de Rehabilitación Vocacional**  **Plan de empleo individualizado (IPE)** | | | | | | |
| Con pocas excepciones, tiene derecho, previa solicitud, a que se le comunique sobre la información que VR recopila sobre usted. También tiene derecho a recibir y revisar la información, y a que VR corrija la información sobre usted que está incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023 y 559.004 del Código de Gobierno) | | | | | | | | | |
| **Objetivo de empleo** | | | | | | | | | |
| Yo, | | | | (Identificación del caso:      ) | | | y mi VRC (Consejero de Rehabilitación Vocacional),      , | | |
| hemos desarrollado y aceptado este plan de Servicios de Rehabilitación Vocacional. He elegido el objetivo de educación secundaria de: | | | | | | | | | |
| hemos desarrollado y aceptado este plan de Servicios de Rehabilitación Vocacional. Elegí el objetivo de educación postsecundaria de: | | | | | | | | | |
| He elegido el objetivo de empleo de: | | | | | | | | | |
| Código ocupacional y título: | | | | | | | | | |
| Autoempleo:  Sí  No | | | | | | | | | |
| Empleo con apoyo:  Sí  No | | | | | | | | | |
| Se necesitan servicios extendidos para apoyar y mantener a un cliente en el empleo:  Sí  No | | | | | | | | | |
| Se espera que yo trabaje después de completar los servicios en este IPE. | | | | | | | | | |
| Los siguientes pasos son necesarios para lograr mi objetivo de empleo: | | | | | | | | | |
| Mi VRC y yo revisaremos mi progreso al menos anualmente, utilizando los siguientes criterios: | | | | | | | | | |
| **Servicios** | | | | | | | | | |
| Mi VRC y yo hemos discutido los servicios que necesito para prepararme, asegurar, retener, avanzar o recuperar un empleo integrado competitivo; y acepto que los siguientes servicios se proporcionarán, organizarán o comprarán. | | | | | | | | | |
| **De**  **(fecha)** | **A**  **(fecha)** | **Servicio** | | | | **Proveedor del servicio** | | **Método**  **(proporcionado, organizado o comprado)** | |
|  |  |  | | | |  | |  | |
|  |  |  | | | |  | |  | |
|  |  |  | | | |  | |  | |
|  |  |  | | | |  | |  | |
|  |  |  | | | |  | |  | |
|  |  |  | | | |  | |  | |
| **Responsabilidades** | | | | | | | | | |
| Mis responsabilidades para lograr mi objetivo de empleo son: | | | | | | | | | |
| Las responsabilidades de VR para asistime a alcanzar mi objetivo de empleo son: | | | | | | | | | |
| Acepto solicitar y/o usar estos servicios y beneficios comparables, que están disponibles para mí como servicios: | | | | | | | | | |
| Plan concurrente del Departamento de Asuntos de Veteranos:  Sí  No | | | | | | | | | |
| Mi porción (si corresponde) del costo de estos servicios es: | | | | | | | | | |
| Mi fecha estimada de finalización de los servicios de VR: | | | | | | | | | |
| Acepto participar en asesoramiento y orientación con VRC cada (días): | | | | | | | | | |
| Acepto mantener contacto con el personal de VR cada (días): | | | | | | | | | |
| Es mi responsabilidad:   * Informar a mi VRC de cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono, ingresos, programas que pagan servicios o discapacidad; y * Proporcionar autorización para trabajar en los Estados Unidos; no hacerlo resultará en la inelegibilidad de los servicios.   Con respecto a las herramientas, equipos o suministros que me proporcionaron,   * Usarlos solo para el propósito acordado, y si ya no los necesito, devolverlos a VR  ; y * Reparar y mantener, a mi propio costo, todas las herramientas y equipos que VR me ha proporcionado. | | | | | | | | | |
| **Mi entendimiento** | | | | | | | | | |
| Entiendo que:   * Este IPE no es un contrato legal. VR solo pagará por los servicios siempre que haya fondos disponibles y yo esté progresando hacia el objetivo de empleo documentado en este IPE; * Debo mantener toda la elegibilidad para los servicios de VR, incluido mantener actualizada la autorización de trabajo y si no lo hago, resultará en mi inelegibilidad para los servicios de VR; * Los servicios se proporcionarán en el entorno más integrado posible, de acuerdo con mi elección informada; * Con respecto a cualquier tratamiento: al firmar este IPE, doy mi consentimiento para cualquier servicio de tratamiento prescrito; y * Con respecto a las herramientas, equipos o suministros que se me proporcionaron, estos no me pertenecen. El estado de Texas tiene propiedad residual. Si trato de venderlos, prestarlos o disponer de ellos, puedo ser procesado. | | | | | | | | | |
| **Mis derechos** | | | | | | | | | |
| Es mi derecho:   * Elegir un representante que me represente, que puede ser mi padre/madre, tutor u otro miembro de la familia o defensor, a menos que un tribunal haya designado a un representante para que me represente; * Llamar y hacer preguntas sobre mis servicios en la Línea de consultas de VR al 1-800-628-5115; * Si no estoy de acuerdo con alguna decisión tomada por mi VRC:    + Quejarme con mi VRC, verbalmente o por escrito;   + Recibir una respuesta por escrito de mi VRC, incluida la información de contacto del Supervisor de VR; y   + Si aún no estoy de acuerdo, hablar directamente con el Supervisor de VR. * Contactar al Programa de asistencia al cliente, para discutir mis inquietudes si lo deseo, al 1‑800‑252‑9108. | | | | | | | | | |
| He estado completamente involucrado y se utilizó la elección informada en el desarrollo de este programa y he recibido una copia de este IPE..   Este programa será revisado por mí, mi representante designado, si corresponde, y mi VRC con la frecuencia que sea necesaria, pero al menos anualmente.  Cualquier cambio en este programa requerirá la colaboración entre mí, mi representante designado, si corresponde, y mi VRC.  Al momento en que solicité los servicios de VR, recibí   * una copia del folleto "Una guía para los solicitantes" que describe las opciones para desarrollar el IPE; y * una copia del folleto, "¿Podemos hablar? Procedimientos de apelación para clientes", que explica el proceso de apelaciones de VR que incluye los procedimientos de mediación y proporciona una breve descripción del Programa de asistencia al cliente (CAP).   He sido informado de mis derechos. | | | | | | | | | |
| **Acordado por** | | | | | | | | | |
| Firma del cliente:  **X** | | | | | Nombre del cliente: | | | | Fecha: |
| Firma de representante:  **X** | | | | | Nombre del representante (si corresponde): | | | | Fecha: |
| Firma del testigo(s):  **X** | | | | | Nombre del testigo(s) (si corresponde): | | | | Fecha: |
| **Aprobado por** | | | | | | | | | |
| Firma del VRC:  **X** | | | | | Firma del VRC: | | | | Fecha: |