DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)

Washington State Department of Social & Health Services

DVR Division of Vocational Rehabilitation

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA REHABILITACIÓN VOCACIONAL

APPLICATION FOR VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	2. NOMBRE DEL SOLICITANTE INICIAL SEG. NOMBRE APELLIDO	
3. GÉNERO ☐ Masculino ☐ Femenino	4. FECHA DE NACIMIENTO	5. CONDADO
6. CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		
7. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) ☐ Fax ☐ TTY		8. DIRECCÍÓN DE CORREO ELECTRÓNICO 9. IP DE VIDEO-TELÉFONO
10. ACTUALMENTE RECIBO: ☐ SSDI ☐ SSI - Incapacitado		

Por la presente solicito a la División de Rehabilitación Vocacional (DVR) servicios que me permitan conseguir empleo.

Entiendo que de acuerdo con la Sección IV de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y las leyes del Estado de Washington contra la discriminación, el Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington prohibe la discriminación de una persona en todos sus programas y servicios debido a su raza, color, credo, religión, orientación sexual, estado de veterano incapacitado, estado de veterano de la era de Vietnam, nacionalidad de origen, sexo, incapacidad o edad.

Entiendo que el División de Rehabilitación Vocacional (DVR) podría obtener información personal por parte de las agencias estatales y federales para verificar mis beneficios, ganancias e ingresos del trabajo o del trabajo por cuenta propia. La autoridad bajo la cual se recopila la información incluye WAC 388-891-0103, 34 CFR 361.38 (Código de Regulaciones Federales), y RCW 50.13.060 para la Seguridad en el Empleo, y RCW 82.32.330 para el Departamento de Impuestos.

También entiendo que de acuerdo con WAC 388-891-0215, si en algún momento estoy disconforme con alguna decisión tomada por DVR, tengo el derecho de ponerme en contacto con el Programa de Asistencia al Cliente, de gestionar mediación y solicitar una audiencia formal.

Sírvase marcar las siguientes casillas si fuera apropiado:

☐ **Se me han descrito los procedimientos de queja por discriminación y los servicios del Programa de Asistencia al Cliente (CAP).**

☐ **Entiendo que un consejero de DVR determinará si soy o no elegible para los Servicios de Rehabilitación Vocacional. Podría ser necesario efectuar una evaluación para determinar elegibilidad y estoy a disposición para participar de dicha evaluación.**

☐ **Se me ofreció la oportunidad de registrarme para votar.**

☐ **Autorizo a DVR para que comparta la información requerida con el sistema de registro de clientes de DSHS. Esta información será de ayuda para su consejero a fin de coordinar servicios con otras divisiones de DSHS. Esta información incluye: nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, sexo, antecedentes étnicos, agencia /establecimiento actual de tratamiento.**

FIRMA DEL SOLICITANTE/PADRE/TUTOR	FECHA DE LA SOLICITUD

TO BE COMPLETED BY DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR) STAFF ONLY

DVR STAFF ASSIGNED TO APPLICANT