Remisión de Servicios de DVR

REFERRAL FOR DVR SERVICES

La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04 (1)(m), Wisconsin Statutes]. La provisión de su Social Security Number (SSN) es voluntaria, pero no proporcionarlo podría causar una demora en el procesamiento de la información.

Nombre de pila legal		Inicial del segundo nombre	Apellido legal	
Número de seguro social - -		Fecha de nacimiento		
Dirección postal o casilla de correo				
Ciudad		Estado	Código postal	Condado de residencia
Correo electrónico				
Teléfono			Teléfono celular	
¿Le da permiso a DVR para que deje un mensaje en los números de teléfono indicados arriba? ☐ Sí ☐ No				
¿Cuál es su método de contacto preferido? ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal ☐ Teléfono ☐ Otro (especificar)				
Nombre del tutor (si tiene menos de 18 o es asignado por el tribunal)			Teléfono del tutor	
Dirección del tutor (Incluida la agencia, ciudad, estado, código postal y correo electrónico)				
¿En qué condado desearía recibir servicios?				

Discapacidad (marque todas las que correspondan)

☐ SIDA/VIH	☐ Alcohol u otro trastorno por drogas	☐ Amputación
☐ Artritis	☐ Trastorno por déficit de atención	☐ Autismo
☐ Lesión en la espalda	☐ Ceguera	☐ Lesión cerebral
☐ Cáncer	☐ Túnel carpiano (Síndrome de uso repetitivo)	☐ Parálisis cerebral (CP)
☐ Discapacidad cognitiva	☐ Fibrosis quística	☐ Sordera
☐ Sordo-ciego	☐ Depresión	☐ Diabetes
☐ Epilepsia	☐ Fibromialgia	☐ Hipoacusia
☐ Enfermedad cardíaca
cadera/rodilla/otra articulación	☐ Hemofilia	☐ Disfunción de la
☐ Insuficiencia renal	☐ Enfermedad mental	☐ Extremidad faltante o deformada
☐ Esclerosis múltiple	☐ Distrofia muscular	☐ Trastorno miofacial
☐ Paraplejía o cuadriplejía	☐ Trastorno por estrés postraumático	☐ Respiratorio/Pulmonar/Alergias
☐ Discapacidad de aprendizaje
específica	☐ Lesión de la médula espinal	☐ Derrame
☐ Dificultad visual	☐ Otra (especificar)	☐ Desconocido (especificar)

¿Cómo afecta su discapacidad su capacidad para trabajar?

Facilidades

☐ Intérprete de ASL	☐ Letras grandes
☐ Comunicaciones grabadas en audio	☐ Otra (especificar)
☐ Braille	☐ Español
☐ Hmong	

Comentarios

Estado laboral actual

☐ Empleo sin apoyos en lugar integrado	☐ No empleado - estudiante en educación secundaria
☐ Empleado con apoyos en lugar integrado	☐ No Empleado - Pasante, aprendiz o voluntario
☐ Empleo ampliado (talleres)	☐ Empleo independiente (Excepto BEP)
☐ Ama de casa	☐ Agencia estatal empresa de negocios (BEP)
☐ No empleado - Todos los demás estudiantes	☐ Trabajador familiar que no recibe pago
☐ No empleado - Otro	

Si está empleado, ¿dónde trabaja?

¿Cuál es su cargo en el trabajo?

¿Cuántas horas trabaja por semana?

¿Cuánto gana por semana?

¿Estuvo empleado previamente?

- Empleo previo
 Sin empleo previo

Año en el que estuvo empleado por última vez

¿Cómo se enteró sobre DVR?

☐ Programa de servicios de VR de Indígenas Americanos	☐ Centros para la vida independiente
☐ Servicios de protección al menor	☐ Programas de rehabilitación comunitaria
☐ Organizaciones de consumidores o grupos de abogacía	☐ Instituciones educativas (elemental/secundaria)
☐ Instituciones educativas (Postsecundaria)	☐ Empleadores
☐ Organizaciones basadas en la fe	☐ Familiares/amigos
☐ Proveedores de discapacidades de desarrollo e intelectuales	☐ Proveedores de salud (públicos o privados)
☐ Proveedores de salud mental (públicos o privados)	☐ Centros de empleo/capacitación de una parada
☐ Otras agencias estatales	☐ Otras agencias estatales de VR
☐ Otras fuentes	☐ Autoridad pública de vivienda
☐ Autoderivación	☐ Administración de seguridad social (DDS u Oficina de distrito)
☐ Departamento estatal de Correcciones/Justicia de Menores	☐ Agencia estatal de servicios de empleo
☐ Administración de veteranos	☐ Agencia de bienestar (gobierno estatal o local)
☐ Compensación al trabajador	

Género

- Masculino Femenino

Raza (marque todas las que correspondan)

- Blanco Negro Asiático
 Indígena americano, Nativo de América o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico

Etnicidad – ¿Es hispano o latino?

- Sí No

Estado civil

- Divorciado Nunca casado Viudo
 Casado Separado

Nivel más alto de educación

☐ Nada de educación formal	☐ Certificado técnico/profesional
☐ Educación elemental (Grados 1-8)	☐ Título universitario
☐ Educación secundaria, Sin diploma de HS (Grados 9-12)	☐ Credencial ocupacional más allá del título de grado
☐ Certificado de finalización/asistencia de educación especial	☐ Maestría
☐ Graduado de High School (HS) o certificado equivalente	☐ Credencial ocupacional más allá del título de posgrado
☐ Educación postsecundaria, Sin título	☐ Todo título por encima de una maestría (Ph.D., Ed.D, J.D.)
☐ Título terciario básico de dos años	

¿Actualmente está inscripto en high school? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el nombre de la escuela?

Nombre del distrito escolar

Alumno con discapacidad en educación secundaria

☐ No es alumno de High School	☐ Alumno de High School con un plan 504
☐ Alumno de High School con un IEP	☐ Alumno de High School con un plan 504 o IEP

¿Es veterano?

Sí No

¿Dónde está viviendo actualmente?

☐ Instalación correccional para adultos	☐ Hogar de ancianos
☐ Hogar residencial/grupal comunitario	☐ Otro
☐ Hogar intermedio	☐ Residencia privada (Independiente, Familia, etc.)
☐ Sin hogar/Refugio	☐ Instalación de rehabilitación
☐ Instalación de salud mental	☐ Instalación para tratamiento por abuso de sustancias

¿Qué fuente brinda actualmente la mayor cantidad de dinero que necesita para mantenerse? (Seleccione la fuente que le brinde más apoyo).

- Ingresos personales (ganancias propias, intereses, dividendos, renta, ahorros personales, jubilación incluye la Jubilación de la Seguridad Social)
- Familiares y amigos (ingresos del cónyuge o cheques de UI, apoyos públicos recibidos por la familia)
- Apoyo Público (SSI, SSDI, TANF*, Encarcelado, etc.)
- Todas las demás fuentes (por ejemplo, seguro privado por discapacidad y beneficencias privadas)

(*Ejemplos de TANF: W-2, Kinship Care, Wisconsin Shares, Caretaker Supplement).

Importante: Cuando se seleccione Apoyo Público, al menos uno de los montos mensuales de apoyo público indicados abajo deben ser más de cero.

Actual participación con otras agencias y servicios a derivación

- Servicios o fondos no proporcionados por ninguno de los programas u organizaciones indicadas abajo
- Programa de Servicios de VR para Indígenas Americanos
- Centros para la vida independiente
- Servicios de protección al menor
- Programas de rehabilitación comunitaria
- Organizaciones de consumidores o grupos de abogacía
- Instituciones educativas (elemental/secundaria)
- Instituciones educativas (Postsecundaria)
- Empleadores
- Redes de empleo (No indicadas de otro modo)
- Ayuda federal para estudiantes (Subsidios Pell, SEOG [Subsidio para oportunidad educativa suplementaria], Work Study, etc.)
- Agencias de discapacidades intelectuales y de desarrollo
- Proveedor médico (público o privado)
- Proveedor de salud mental (público o privado)
- Centros de capacitación/empleo de una parada
- Autoridad de Vivienda Pública
- Administración de Seguridad Social (Servicio de Determinación de Discapacidad u Oficina de Distrito)
- Departamento estatal de Correcciones/Justicia de Menores
- Agencia estatal de servicios de empleo
- Administración de veteranos
- Agencia de bienestar (gobierno estatal o local)
- Compensación al trabajador
- Otras agencias estatales de VR
- Otras agencias estatales
- Otras fuentes

Monto mensual de asistencia pública (redondeado al dólar más cercano); ¿cuánto dinero recibe de estas fuentes?

- \$ _____ SSI - Seguridad de Ingreso Suplementario para las personas de la tercera edad, ciegas o discapacitadas
- \$ _____ TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas (ej., W-2, Kinship Care, Wisconsin Shares, Caretaker Supplement)
- \$ _____ Asistencia general (ej., fondos del condado, FoodShare, etc.)
- \$ _____ SSDI - Seguro de Discapacidad del Seguro Social
- \$ _____ Beneficios de Discapacidad de Asuntos de Veteranos (VA)
- \$ _____ Compensación al trabajador (WC)
- \$ _____ Otra asistencia pública - Asistencia pública recibida de todas las demás fuentes no indicadas

Fuente de asistencia a largo plazo

☐ Include, Respect, I Self-Direct (IRIS)	☐ Care Wisconsin
☐ Community Care Connections of Wisconsin	☐ Community Care
☐ ContinuUs	☐ Lakeland Care District
☐ Milwaukee County Dept of Family Care	☐ Western Wisconsin Cares
☐ iCare	☐ Otro (especificar)

Nombre del gerente de caso/consultor

Teléfono del gerente de caso/consultor

Seguro médico

Medicaid/BadgerCare/MAPP	☐ Sí	☐ No
Medicare	☐ Sí	☐ No
Público de otras fuentes	☐ Sí	☐ No
Privado a través del propio empleo	☐ Sí	☐ No
Otro seguro privado	☐ Sí	☐ No
No califica para seguro privado a través del empleador actual, pero calificará después de un período de empleo	☐ Sí	☐ No

Antecedentes laborales		
(Use el reverso, de ser necesario, para proporcionar más información/antecedentes)		
Nombre del empleador	Ciudad	Estado
Cargo/Puesto	Fechas de empleo (Mes/Año)	
Razón por la que se fue		
Obligaciones/Responsabilidades		
Nombre del empleador	Ciudad	Estado
Cargo/Puesto	Fechas de empleo (Mes/Año)	
Razón por la que se fue		
Obligaciones/Responsabilidades		

For Office Use Only	
Date Received	DVR Staff Member
DVR Referral Facilitator	

DWD es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene una discapacidad y necesita acceder a esta información en un formato alternativo, o necesita que esté traducida a otro idioma, comuníquese al 800-442-3477 o 888-877-5939 (TTY).

DVR-17445-E-S (R. 01/2015) (T. 01/2015)