Department of Workforce Development State of Wisconsin

Division of Vocational Rehabilitation

**Derivación 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 legal | Nombre de pila preferido | | | Inicial del segundo nombre | | |
| Apellido legal | Número de seguro social  **-    -** | | | | Fecha de nacimiento | |
| Dirección o casilla de correo | | | | | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | | Condado de residencia | | |
| ¿En qué condado de Wisconsin le gustaría recibir servicios? | | | | | | |
| Dirección de 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? (sólo seleccione uno)  Correo electrónico  Correo postal  Otro (especificar)  Teléfono  Mensaje de texto | | | | | | |
| Si está recibiendo servicios de Cuidado a largo plazo, por favor seleccione su proveedor (solo uno) a continuación:  Incluir, Respect, I Self-Direct (IRIS) *(Respetar, Yo Me Encargo de Mi Comportamiento)*  Managed Care Organization (MCO) *(Organización de cuidado administrado)*  Wisconsin County Development Disability *(Discapacidad del desarrollo del Condado de Wisconsin)*  Wisconsin County Mental Health *(Salud mental del Condado de Wisconsin)*  Nombre del programa:  Nombre del contacto del programa:  Número de teléfono del contacto del programa:  Dirección de correo electrónico del contacto del programa: | | | | | | |
| ¿Le gustaría incluir a otra persona en la programación de citas durante el proceso de referencia/solicitud debido a su discapacidad? Por favor indique abajo la información de contacto para esa persona.  Nombre del contacto para citas:  Relación con el contacto para citas:  Número de teléfono del contacto para citas:  Dirección de correo electrónico del contacto para citas: | | | | | | |
| Necesidades de facilidades/Idioma extranjero (marque todas las que correspondan)  Intérprete de ASL  Comunicaciones grabadas en audio  Braille  Hmong  Letra grande  Otro (especificar)  Español  Comentarios: | | | | | | |
| Nombre del tutor (si tiene menos de 18 o es asignado por el tribunal) | | | Teléfono del tutor | | | |
| Dirección del tutor (Calle, ciudad, estado y código postal) | | | | | | |
| Dirección de correo electrónico del tutor | | | | | | |
| Discapacidad (marque todas las que correspondan)  SIDA/VIH  Alcohol u otro trastorno por drogas  Amputación  Artritis  Trastorno por déficit de atención  Autismo  Lesión de la espalda  Ceguera  Lesión cerebral  Cáncer  Túnel carpiano (Síndrome de  Parálisis cerebral (CP)  uso repetitivo)  Discapacidad cognitiva  Fibrosis quística  Sordera  Sordo-ciego  Depresión  Diabetes  Epilepsia  Fibromialgia  Hipoacusia  Enfermedad cardíaca  Hemofilia  Disfunción de la  cadera/rodilla/otra  articulación  Insuficiencia renal  Enfermedad mental  Extremidad faltante o  deformada  Esclerosis múltiple  Distrofia muscular  Trastorno miofacial  Paraplejia o cuadriplejia  Trastorno por estrés postraumático  Respiratorio/Pulmonar/  Alergias  Discapacidad de aprendizaje  Lesión de la médula espinal  Derrame específica  Dificultad visual  Otro (especificar)  Desconocido (especificar) | | | | | | |
| Describa cómo su discapacidad afecta su capacidad de encontrar un trabajo, conservarlo u obtener un trabajo mejor: | | | | | | |
| Género  Masculino  Femenino  Elige no identificar | | | | | | |
| Raza (marque todas las que correspondan)  Indígena americano of Nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de hawái o de otras islas del pacífico  Blanco  Elige no identificar | | | | | | |
| Etnicidad – ¿Es hispano o latino?  Sí  No  Elige no identificar | | | | | | |
| ¿Cómo supo de DVR? (seleccione solo una opción)  Auto-derivación, amigos, familia  Titulares del certificado14(c) /Talleres protegidos  Programa de servicios de rehabilitación vocacional para indígenas estadounidenses (AIVRS)  Centros para la vida independiente  Prestadores de servicios  Programas para adultos, trabajadores desplazados y jóvenes (Título I de la Ley de Oportunidades y de  Innovación de la Fuerza Laboral [WIOA])  Programa de la Ley de educación para adultos y alfabetización familiar (Título II de WIOA)  Programa de servicio de empleo de la ley Wagner-Peyser (Título III de WIOA)  Otros programas de centros de empleo American Job Center o de desarrollo de la fuerza laboral  Escuelas elementales y secundarias  Instituciones de educación postsecundarias  Empleadores  Agencias para discapacidades intelectuales y del desarrollo  Proveedores de apoyo a largo plazo (Family Care, IRIS, Partnership)  Proveedores de salud médica  Proveedores de salud mental  Administración del seguro social (Social Security Administration)  Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por ej., W-2)  Beneficios para veteranos o administración de salud  Compensación para trabajadores  Otras fuentes | | | | | | |
| Alumno con una discapacidad (marque sólo uno)  No soy estudiante  Estudiante en escuela media o secundaria/preparatoria con un plan 504  Estudiante en escuela media o secundaria/preparatoria con un IEP  Estudiante en escuela media o secundaria/preparatoria sin un plan 504 ni IEP  Estudiante en educación postsecundaria u otro programa educativo de 21 años o menos  Estudiante en educación postsecundaria u otro programa educativo de 21 años o más  Nombre de la escuela, si corresponde:  Nombre del distrito escolar, si corresponde: | | | | | | | |
| ¿Es veterano?  Sí  No | | | | | | | |
| ¿Dónde está viviendo actualmente?  Establecimiento residencial comunitario/Casa grupal  Establecimiento correccional  Hogar de transición  Personas sin hogar/Refugio  Establecimiento de salud mental  Hogar de ancianos  Centro de tratamiento para abuso de sustancias  Residencia privada (independiente, o con familia  Establecimiento de rehabilitación u otra persona en casa, departamento, condo, etc.)  Otro | | | | | | | |
| ¿En la actualidad recibe alguno de los siguientes apoyos públicos? (Seleccione todos los que correspondan) | | | | | | | |
| SSDI - Seguro de Discapacidad del Seguro Social  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 – gobierno estatal o local  (ej., fondos del condado, etc.)  Beneficios de discapacidad para veteranos  Compensación al trabajador (WC)  Seguro por desempleo (UI, Unemployment Insurance)  Otra asistencia pública - Asistencia pública recibida de todas las demás fuentes no indicadas | | | | | | | Sí  No  Sí  No  Sí  No  Sí  No  Sí  No  Sí  No  Sí  No  Sí  No |
| Si recibe servicios de empleo con apoyo, seleccione su proveedor (sólo uno) abajo:  IRIS, Include, Respect, I Self-Direct  MCO, Managed Care Organization (Organización de cuidado administrado)  Discapacidad de desarrollo del condado de Wisconsin (Wisconsin County Development Disability)  Salud mental del condado de Wisconsin (Wisconsin County Mental Health)  Nombre del programa:  Nombre de contacto del programa:  Teléfono de contacto del programa: | | | | | | | |
| ¿Está trabajando?  Sí  No  Si es Sí, ¿dónde trabaja?  Cargo del trabajo: | | | | | | | |
| ¿Recibe seguro médico por medio de cualquiera de los siguientes servicios? (Seleccione todos los que correspondan)  Medicaid/BadgerCare/MAPP  Sí  No  Medicare  Sí  No  Intercambio de la ley de cuidado médico asequible estatal o federal (State or  Sí  No Federal Affordable Care Act Exchange)  Público de otras fuentes  Sí  No  Privado por medio del empleador  Sí  No  Seguro privado por otros medios  Sí  No  No elegible para Seguro privado por medio del  Sí  No  empleador actual, pero será elegible después  de un período de empleo | | | | | | | |
| Si esta referencia es completada por alguien distinto al individuo o su tutor, debe tener su consentimiento. Por favor marque esta casilla como confirmación de consentimiento. | | | | | | | |
| Relación (seleccione solo uno)  Tutor  Institución educativa  Miembro de la familia  Agencia de cuidado a largo plazo  Amigo  Agencia de servicios sociales  Otro (especifique)  Nombre: | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Solo para uso de la Oficina de la División de Rehabilitación Vocacional (Division of Vocational Rehabilitation, DVR)** | |
| Fecha de recepción | Miembro del personal de la DVR |
| Facilitador de remisión de la DVR | |

DWD es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con esta información, marque 7-1-1 para comunicarse con Wisconsin Relay Service. Sírvase comunicarse con la Division of Vocational Rehabilitation al (800) 442-3477 para pedir información en un formato alternativo, incluida la traducción a otro idioma.

DVR-17445-E-S (R 09/2023) (T. 09/2021) | Division of Vocational Rehabilitation: Socio orgulloso de la Red estadounidense de centros de trabajo (American Job Center network)