Sở Phát triển Lực lượng lao động Tiểu bang Wisconsin

Ban Phục hồi Nghề nghiệp

**GIỚI THIỆU DỊCH VỤ DVR**

**REFERRAL FOR DVR SERVICES**

**Thông tin cá nhân mà quý vị cung cấp có thể được sử dụng cho các mục đích phụ [Luật Quyền riêng tư, s. 15.04 (1)(m), Đạo luật Wisconsin].**

**Cung cấp Số An sinh Xã hội (SSN) là tự nguyện; việc không cung cấp thông tin này có thể dẫn đến chậm trễ trong xử lý thông tin.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tên Hợp pháp | Tên Ưa Thích | Viết tắt Tên đệm |
| Họ Hợp pháp | Mã số An sinh Xã hội**-    -** | Ngày sinh |
| Địa chỉ hoặc Hòm thư PO |
| Thành phố | Tiểu bang | Mã vùng | Hạt Cư trú  |
| Quý vị muốn nhận dịch vụ ở quận nào của Wisconsin?  |
| Địa chỉ email |
| Số điện thoại | Số điện thoại di động  |
| Quý vị có cho phép DVR để lại tin nhắn ở các số điện thoại nói trên không?[ ]  Có [ ]  Không  |
| Phương thức liên lạc ưa thích của bạn là gì? (Chỉ chọn một)[ ]  Email [ ]  Hộp thư [ ]  Khác (Vui lòng nêu rõ) [ ]  SĐT [ ]  Tin nhắn văn bản |
| Nếu quý vị đang nhận các dịch vụ Chăm sóc Dài hạn, vui lòng chọn nhà cung cấp của quý vị (chỉ một) bên dưới:[ ]  Bao gồm, Tôn trọng, Tôi Tự Định hướng (IRIS) [ ]  Tổ chức Quản lý Chăm sóc (MCO) [ ]  Tổ chức Khuyết tật Phát triển Hạt Wisconsin[ ]  Tổ chức Sức khỏe Tâm thần Hạt Wisconsin Tên Chương trình: Tên Người liên lạc của Chương trình: Số điện thoại Người liên lạc của Chương trình: Địa chỉ Email Người liên lạc của Chương trình:  |
| Quý vị có muốn ai tham gia việc lên lịch cuộc hẹn trong quy trình đăng ký/giới thiệu do khuyết tật của mình không? Vui lòng cung cấp thông tin liên lạc của người đó xuống bên dưới. Tên Người liên lạc của Cuộc hẹn: Mối quan hệ với Người liên lạc của Cuộc hẹn: Số điện thoại Người liên lạc của Cuộc hẹn: Địa chỉ Email Người liên lạc của Cuộc hẹn:  |
| Nhu cầu Ngoại ngữ/Điều chỉnh (đánh dấu tất cả các mục phù hợp)[ ]  Phiên dịch viên ASL [ ]  Thông tin liên lạc Ghi âm[ ]  Chữ nổi Braille [ ]  Tiếng Hmong [ ]  Chữ in khổ lớn [ ]  Khác (Vui lòng nêu rõ) [ ]  Tiếng Tây Ban Nha Nhận xét:  |
| Tên Người giám hộ (nếu dưới 18 tuổi hoặc được tòa án chỉ định) | Số điện thoại của Người giám hộ |
| Địa chỉ của Người giám hộ (Bao gồm Cơ quan, Thành phố, Tiểu bang và Mã vùng) |
| Địa chỉ email của Người giám hộ  |
| Khuyết tật (đánh dấu tất cả các mục phù hợp)[ ]  AIDS/HIV [ ]  Rối loạn Lạm dụng Rượu bia hoặc Thuốc khác [ ]  Cụt tay/chân hoặc Thuốc khác[ ]  Viêm khớp [ ]  Rối loạn Giảm Chú ý [ ]  Tự kỷ[ ]  Đau lưng [ ]  Khiếm thị [ ]  Tổn thương Não[ ]  Ung thư [ ]  Hội chứng Ống Cổ tay [ ]  Liệt não (CP) (Hội0020chứng Sử dụng Lặp lại)[ ]  Khuyết tật Nhận thức [ ]  Xơ nang [ ]  Khiếm thính[ ]  Khiếm thính-Khiếm thị [ ]  Trầm cảm [ ]  Tiểu đường[ ]  Động kinh [ ]  Hội chứng đau xơ cơ [ ]  Suy giảm Thính giác[ ]  Bệnh tim [ ]  Bệnh ưa chảy máu [ ]  Rối loạn Chức năng  Khớp hông/Khớp gối/Khớp khác[ ]  Suy thận [ ]  Bệnh Tâm thần [ ]  Thiếu chi hay Chi  biến dạng[ ]  Đa xơ cưng [ ]  Bệnh teo cơ [ ]  Rối loạn Cân cơ[ ]  Liệt hai chân hay Liệt cả chân tay [ ]  Rối loạn Căng thẳng Hậu Chấn thương [ ]  Hô hấp/Phổi/Dị ứng[ ]  Khuyết tật Học tập Cụ thể [ ]  Tổn thương Tủy sống [ ]  Đột quỵ[ ]  Suy giảm Thị giác [ ]  Khác (Vui lòng nêu rõ)  [ ]  Không rõ (Vui lòng  nêu rõ)  |
| Hãy mô tả khuyết tật của quý vị ảnh hưởng đến khả năng tìm việc, duy trì công việc hay tìm việc làm tốt hơn như thế nào:  |
| Giới tính [ ]  Nam [ ]  Nữ [ ]  Lựa chọn Không Nêu rõ |
| Chủng tộc (đánh dấu tất cả các mục phù hợp) [ ]  Người Mỹ Bản địa hay Alaska Bản địa [ ]  Người châu Á [ ]  Da đen/người Mỹ gốc Phi [ ]  Người da trắng [ ]  Người Hawaii Bản địa hay Dân đảo Thái Bình Dương Khác [ ]  Lựa chọn Không Nêu rõ |
| Dân tộc - Quý vị là người Hispanic hay Latinh? [ ]  Có [ ]  Không [ ]  Lựa chọn Không Nêu rõ |
| Quý vị đã biết đến DVR bằng cách nào? (Chỉ chọn một) [ ]  Tự giới thiệu, Bạn bè, Gia [ ]  Người giữ Chứng nhận 14(c)/Xưởng Mái ấm [ ]  Chương trình Dịch vụ VR cho Người Anh-điêng (AIVRS)[ ]  Trung Tâm Sống Độc lập[ ]  Nhà cung cấp Dịch vụ[ ]  Chương trình Người lớn, Người lao động Mất việc làm và Thanh thiếu niên (Tựa đề I của WIOA)[ ]  Chương trình Đạo luật Giáo dục cho Người lớn và Xóa mù chữ Gia đình (Tựa đề II của WIOA)[ ]  Chương trình Dịch vụ Lao động theo Đạo luật Wagner-Peyser (Tựa đề III của WIOA)[ ]  Các Trung tâm Việc làm Hoa Kỳ hoặc Chương trình Phát triển Lực lượng lao động khác[ ]  Trường Tiểu học hoặc Trung học[ ]  Tổ chức Giáo dục sau Trung học[ ]  Nhà tuyển dụng[ ]  Cơ quan Phục vụ Người khuyết tật Phát triển và Trí tuệ[ ]  Nhà cung cấp Hỗ trợ Dài hạn (Chăm sóc Gia đình, IRIS, Đối tác)[ ]  Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế[ ]  Nhà cung cấp Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần[ ]  Cơ quan Quản lý An sinh Xã hội[ ]  Hỗ trợ Tạm thời cho Hộ nghèo (TANF, ví dụ: W-2)[ ]  Cơ quan Quản lý Sức khỏe hay Quyền lợi cho Cựu chiến binh[ ]  Bồi thường Nhân viên[ ]  Nguồn khác |
| Học sinh khuyết tật (Chỉ chọn một)[ ]  Không phải Học sinh/Sinh viên [ ]  Học sinh trung học cơ sở hoặc trung học phổ thông với gói 504[ ]  Học sinh trung học cơ sở hoặc trung học phổ thông có IEP[ ]  Học sinh trung học cơ sở hoặc trung học phổ thông không có IEP và không có gói 504[ ]  Học sinh/Sinh viên tham gia chương trình sau trung học hoặc chương trình giáo dục khác từ 21 tuổi trở xuống[ ]  Học sinh/Sinh viên tham gia chương trình sau trung học hoặc chương trình giáo dục khác từ 22 tuổi trở lênTên trường, nếu phù hợp: Tên học khu, nếu phù hợp: |
| Quý vị có phải là cựu chiến binh không? [ ]  Có [ ]  Không |
| Quý vị hiện đang sống ở đâu?[ ]  Nhà tập thể/Cơ sở Cư trú Cộng đồng [ ]  Nhà tù [ ]  Nhà trọ Giữa đường [ ]  Nơi tạm trú cho người vô gia cư[ ]  Cơ sở Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần [ ]  Viện dưỡng lão[ ]  Trung tâm Điều trị Lạm dụng Thuốc kích thích [ ]  Chỗ ở Riêng (độc lập, với gia đình hay người khác ở [ ]  Cơ sở Phục hồi chức năng nhà, căn hộ, chung cư, v.v.)[ ]  Khác  |
| Quý vị có hiện đang nhận được hỗ trợ công cộng nào sau đây không? (chọn tất cả phương án phù hợp) |
| SSDI - Bảo hiểm Khuyết tật An sinh Xã hội SSI - Thu nhập An sinh Bổ sung cho Người cao tuổi, Người khiếm thị hoặc Người khuyết tật TANF - Hỗ trợ Tạm thời cho Hộ nghèo (ví dụ: W-2, Kinship Care, Wisconsin Shares, Caretaker Supplement) hỗ trợ Chung - Chính quyền Địa phương hoặc Tiểu bang 9vis dụ: quỹ của hạt, v.v.)Trợ cấp Khuyết tật cho Cựu chiến binhBồi thường Nhân viên (WC)Bảo hiểm Thất nghiệp (UI)Hỗ trợ Công cộng Khác - Hỗ trợ công cộng từ tất cả dịch vụ khác khôngđược liệt kê | [ ]  Có [ ]  Không[ ]  Có [ ]  Không[ ]  Có [ ]  Không[ ]  Có [ ]  Không[ ]  Có [ ]  Không[ ]  Có [ ]  Không[ ]  Có [ ]  Không[ ]  Có [ ]  Không |
| Quý vị có đang làm việc không? [ ]  Có [ ]  KhôngNếu có, quý vị làm việc ở đâu? Chức danh:  |
| Quý vị có đang nhận bảo hiểm y tế thông qua bất kỳ dịch vụ nào sau đây không? (chọn tất cả phương án phù hợp)Medicaid/BadgerCare/MAPP [ ]  Có [ ]  KhôngMedicare [ ]  Có [ ]  KhôngTrao đổi Đạo luật Chăm sóc Giá phải chăng Tiểu bang hoặc Liên bang [ ]  Có [ ]  KhôngCông cộng Từ Nguồn Khác [ ]  Có [ ]  KhôngTư nhân Thông qua Nhà tuyển dụng [ ]  Có [ ]  KhôngBảo hiểm Tư nhân Thông qua Phương tiện Khác [ ]  Có [ ]  KhôngKhông Hội đủ điều kiện Tham gia Bảo hiểm Tư nhân [ ]  Có [ ]  Khôngthông qua nhà tuyển dụng hiện tại, nhưng sẽ hội đủđiều kiện sau thời gian làm việc |
| [ ]  Nếu giới thiệu này dược hoàn thành bởi người khác không phải chính cá nhân đó hay người giám hộ của họ, quý vị cần phải có sự đồng ý của họ. Hãy đánh dấu vào ô này để xác nhận đồng ý. |
| Mối quan hệ (Chỉ chọn một)[ ]  Người giám hộ [ ]  Tổ chức Giáo dục[ ]  Thành viên Gia đình [ ]  Cơ quan Chăm sóc Dài hạn[ ]  Bạn Bè [ ]  Cơ quan Dịch vụ Xã hội[ ]  Khác (Vui lòng nêu rõ) Tên:  |

DWD là nhà cung cấp dịch vụ và nhà tuyern dụng cơ hội bình đẳng. Nếu quý vị bị khuyết tật và cần hỗ trợ với thông tin này, hãy quay số 7-1-1 để liên lạc Dịch vụ Tiếp âm Wisconsin. Vui lòng liên lạc với Ban Phục hồi Nghề nghiệp qua số (800) 442-3477 để yêu cầu thông tin dưới định dạng khác, bao gồm bản dịch sang ngôn ngữ khác.

DVR-17445-E-V (R. 08/2022) (T. 11/2020) | Ban Phục hồi Nghề nghiệp: Một đối tác đáng tự hào của Mạng lưới Trung tâm Việc làm Hoa Kỳ