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 lên  Tên 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 binh  Bồi thường Nhân viên (WC)  Bảo hiểm Thất nghiệp (UI)  Hỗ trợ Công cộng Khác - Hỗ trợ công cộng từ tất cả dịch vụ khác không  được 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  Không  Nếu 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  Không  Medicare  Có  Không  Trao đổi Đạo luật Chăm sóc Giá phải chăng Tiểu bang hoặc Liên bang  Có  Không  Công cộng Từ Nguồn Khác  Có  Không  Tư nhân Thông qua Nhà tuyển dụng  Có  Không  Bảo hiểm Tư nhân Thông qua Phương tiện Khác  Có  Không  Không Hội đủ điều kiện Tham gia Bảo hiểm Tư nhân  Có  Không  thông qua nhà tuyển dụng hiện tại, nhưng sẽ hội đủ điều 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