

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cuál es su método de contacto preferido? (sólo seleccione uno) <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____			
Si está recibiendo servicios de Cuidado a largo plazo, por favor seleccione su proveedor (solo uno) a continuación: <input type="checkbox"/> Incluir, Respect, I Self-Direct (IRIS) (<i>Respetar, Yo Me Encargo de Mi Comportamiento</i>) <input type="checkbox"/> Managed Care Organization (MCO) (<i>Organización de cuidado administrado</i>) <input type="checkbox"/> Wisconsin County Development Disability (<i>Discapacidad del desarrollo del Condado de Wisconsin</i>) <input type="checkbox"/> Wisconsin County Mental Health (<i>Salud mental del Condado de Wisconsin</i>) 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Intérprete de ASL | <input type="checkbox"/> Comunicaciones grabadas en audio |
| <input type="checkbox"/> Braille | <input type="checkbox"/> Hmong |
| <input type="checkbox"/> Letra grande | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> 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)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Alcohol u otro trastorno por drogas | <input type="checkbox"/> Amputación |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Lesión de la espalda | <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Túnel carpiano (Síndrome de uso repetitivo) | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral (CP) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Sordera |
| <input type="checkbox"/> Sordo-ciego | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Hipoacusia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Disfunción de la cadera/rodilla/otra articulación |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Extremidad faltante o deformada |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Trastorno miofacial |
| <input type="checkbox"/> Paraplejia o cuadriplejia | <input type="checkbox"/> Trastorno por estrés postraumático | <input type="checkbox"/> Respiratorio/Pulmonar/Alergias |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje específica | <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal | <input type="checkbox"/> Derrame |
| <input type="checkbox"/> Dificultad visual | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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 certificado 14(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?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Dónde está viviendo actualmente?		
<input type="checkbox"/> Establecimiento residencial comunitario/Casa grupal	<input type="checkbox"/> Establecimiento correccional	
<input type="checkbox"/> Hogar de transición	<input type="checkbox"/> Personas sin hogar/Refugio	
<input type="checkbox"/> Establecimiento de salud mental	<input type="checkbox"/> Hogar de ancianos	
<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento para abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Residencia privada (independiente, o con familia u otra persona en casa, departamento, condo, etc.)	
<input type="checkbox"/> Establecimiento de rehabilitación		
<input type="checkbox"/> Otro		
¿En la actualidad recibe alguno de los siguientes apoyos públicos? (Seleccione todos los que correspondan)		
SSDI - Seguro de Discapacidad del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
SSI - Seguridad de Ingreso Suplementario para las personas de la tercera edad, ciegas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas (ej., W-2, Kinship Care, Wisconsin Shares, Caretaker Supplement)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asistencia general – gobierno estatal o local (ej., fondos del condado, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Beneficios de discapacidad para veteranos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Compensación al trabajador (WC)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seguro por desempleo (UI, Unemployment Insurance)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otra asistencia pública - Asistencia pública recibida de todas las demás fuentes no indicadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si recibe servicios de empleo con apoyo, seleccione su proveedor (sólo uno) abajo:		
<input type="checkbox"/> IRIS, Include, Respect, I Self-Direct		
<input type="checkbox"/> MCO, Managed Care Organization (Organización de cuidado administrado)		
<input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo del condado de Wisconsin (Wisconsin County Development Disability)		
<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Medicare	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Intercambio de la ley de cuidado médico asequible estatal o federal (State or Federal Affordable Care Act Exchange)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Público de otras fuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Privado por medio del empleador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seguro privado por otros medios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
No elegible para Seguro privado por medio del empleador actual, pero será elegible después de un período de empleo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

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)

<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Institución educativa
<input type="checkbox"/> Miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Agencia de cuidado a largo plazo
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia de servicios sociales
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	

Nombre:

For DVR Office Use Only (Para uso de la oficina de DVR únicamente)

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