

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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Phương thức liên lạc ưa thích của bạn là gì? (Chỉ chọn một) <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Hộp thư <input type="checkbox"/> SĐT <input type="checkbox"/> Khác (Vui lòng nêu rõ) _____					
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: <input type="checkbox"/> Bao gồm, Tôn trọng, Tôi Tự Định hướng (IRIS) <input type="checkbox"/> Tổ chức Quản lý Chăm sóc (MCO) <input type="checkbox"/> Tổ chức Khuyết tật Phát triển Hạt Wisconsin <input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> Phiên dịch viên ASL	<input type="checkbox"/> Thông tin liên lạc Ghi âm	
<input type="checkbox"/> Chữ nổi Braille	<input type="checkbox"/> Tiếng Hmong	
<input type="checkbox"/> Chữ in khổ lớn	<input type="checkbox"/> Khác (Vui lòng nêu rõ) _____	
<input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Rối loạn Lạm dụng Rượu bia hoặc Thuốc khác	<input type="checkbox"/> Cụt tay/chân
<input type="checkbox"/> Viêm khớp	<input type="checkbox"/> Rối loạn Giảm Chú ý	<input type="checkbox"/> Tự kỷ
<input type="checkbox"/> Đau lưng	<input type="checkbox"/> Khiếm thị	<input type="checkbox"/> Tổn thương Não
<input type="checkbox"/> Ung thư	<input type="checkbox"/> Hội chứng Óng Cổ tay (Hội0020chứng Sử dụng Lặp lại)	<input type="checkbox"/> Liệt não (CP)
<input type="checkbox"/> Khuyết tật Nhận thức	<input type="checkbox"/> Xơ nang	<input type="checkbox"/> Khiếm thính
<input type="checkbox"/> Khiếm thính-Khiếm thị	<input type="checkbox"/> Trầm cảm	<input type="checkbox"/> Tiểu đường
<input type="checkbox"/> Động kinh	<input type="checkbox"/> Hội chứng đau xơ cơ	<input type="checkbox"/> Suy giảm Thính giác
<input type="checkbox"/> Bệnh tim	<input type="checkbox"/> Bệnh ưa chảy máu	<input type="checkbox"/> Rối loạn Chức năng Khớp hông/Khớp gối/Khớp khác
<input type="checkbox"/> Suy thận	<input type="checkbox"/> Bệnh Tâm thần	<input type="checkbox"/> Thiếu chi hay Chi biến dạng
<input type="checkbox"/> Đa xơ cứng	<input type="checkbox"/> Bệnh teo cơ	<input type="checkbox"/> Rối loạn Cân cơ
<input type="checkbox"/> Liệt hai chân hay Liệt cả chân tay	<input type="checkbox"/> Rối loạn Căng thẳng Hậu Chấn thương	<input type="checkbox"/> Hô hấp/Phổi/Dị ứng
<input type="checkbox"/> Khuyết tật Học tập Cụ thể	<input type="checkbox"/> Tổn thương Tủy sống	<input type="checkbox"/> Đột quy
<input type="checkbox"/> Suy giảm Thị giác	<input type="checkbox"/> Khác (Vui lòng nêu rõ) _____	<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Lựa chọn Không Nêu rõ		
Chủng tộc (đánh dấu tất cả các mục phù hợp)		
<input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản địa hay Alaska Bản địa	<input type="checkbox"/> Người châu Á	<input type="checkbox"/> Da đen/người Mỹ gốc Phi
<input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản địa hay Dân đảo Thái Bình Dương Khác	<input type="checkbox"/> Người da trắng	<input type="checkbox"/> Lựa chọn Không Nêu rõ
Dân tộc - Quý vị là người Hispanic hay Latinh?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Lựa chọn Không Nêu rõ		

Quý vị đã biết đến DVR bằng cách nào? (Chỉ chọn một)

- Tự giới thiệu, Bạn bè, Gia đình
- 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 trọ Giữa đường
- Cơ sở Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần
- Trung tâm Điều trị Lạm dụng Thuốc kích thích
- Cơ sở Phục hồi chức năng
- Khác
- Nhà tù
- Nơi tạm trú cho người vô gia cư
- Viện dưỡng lão
- Chỗ ở Riêng (độc lập, với gia đình hay người khác ở nhà, căn hộ, chung cư, v.v.)

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	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
SSI - Thu nhập An sinh Bổ sung cho Người cao tuổi, Người khiếm thị hoặc Người khuyết tật	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
TANF - Hỗ trợ Tạm thời cho Hộ nghèo (ví dụ: W-2, Kinship Care, Wisconsin Shares, Caretaker Supplement)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
hỗ trợ Chung - Chính quyền Địa phương hoặc Tiểu bang 9ví dụ: quỹ của hạt, v.v.)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Trợ cấp Khuyết tật cho Cựu chiến binh	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Bồi thường Nhân viên (WC)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Bảo hiểm Thất nghiệp (UI)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Hỗ trợ Công cộng Khác - Hỗ trợ công cộng từ tất cả dịch vụ khác không được liệt kê	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Quý vị có đang làm việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Medicare	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Trao đổi Đạo luật Chăm sóc Giá phải chăng Tiểu bang hoặc Liên bang	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Công cộng Từ Nguồn Khác	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Tư nhân Thông qua Nhà tuyển dụng	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Bảo hiểm Tư nhân Thông qua Phương tiện Khác	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Không Hội đủ điều kiện Tham gia Bảo hiểm Tư nhân thông qua nhà tuyển dụng hiện tại, nhưng sẽ hội đủ điều kiện sau thời gian làm việc	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<input type="checkbox"/> Nếu giới thiệu này được 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)		
<input type="checkbox"/> Người giám hộ	<input type="checkbox"/> Tổ chức Giáo dục	
<input type="checkbox"/> Thành viên Gia đình	<input type="checkbox"/> Cơ quan Chăm sóc Dài hạn	
<input type="checkbox"/> Bạn Bè	<input type="checkbox"/> Cơ quan Dịch vụ Xã hội	
<input type="checkbox"/> Khác (Vui lòng nêu rõ) _____		
Tên:		
Đối với DVR Office Chỉ sử dụng (For DVR Office Use Only)		
Date Received	DVR Staff Member	
DVR Referral Facilitator		

DWD là nhà cung cấp dịch vụ và nhà tuyển 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.