



Estado de Rhode Island and Providence Plantations
 Departamento de Servicios Humanos/Oficina de Servicios de Rehabilitación
 40 Fountain Street ~ Providence, RI 02903 ~ 401.421.7005 (V)
 RI Relay - 711 ~ 401.462-7791 (Español) ~ 401.222-3574 (Fax)
www.ors.ri.gov

ORS Use
 Region:
 Area:
 ORS-4 Rev.10/2018

*“Ayudando a personas que califican y tienen discapacidades a elegir, prepararse para obtener y mantener un empleo”
 “En sociedad con American Job Center.”*

Solicitud e información inicial para el Programa de Rehabilitación Vocacional (VR)

Por favor, llene este formulario lo mejor que pueda. Si no se siente cómodo proporcionando alguna información, puede completar la solicitud cuando se reúna con el consejero de ORS.

Nombre: _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Área postal: _____ Otro teléfono: _____ (Celular)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Veterano: Sí No Correo electrónico: _____

de Seguro Social: _____ Contacto Emergencia: _____

¿Ha solicitado servicios de VR anteriormente?: Sí No Nombre anterior: _____

¿Cuál es su discapacidad? _____ No se sabe

¿Cuál(es) es(son) su(s) meta(s) de empleo o su(s) meta(s) profesional(es)? _____

¿Cómo se enteró de VR? ¿Quién le refirió? _____

¿Recibe SSI SSDI (Adjunte la carta de aceptación, si la tiene)

¿Ha recibido un “Boleto para Trabajar” (Ticket to Work)? Sí No

¿Qué transporte está disponible para usted? Coche Autobús Otro _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado

Marque todos los pertinentes: Blanco Negro Asiático Nativo del Pacífico Nativo Estadounidense

Raza y su Etnia (Marque solo uno): Hispano/Latino Sí No

¿Hay un adulto (incluyéndose usted) que hable inglés en su casa? Sí No Si respondió "no", ¿Qué idioma hablan en su casa? _____

¿Ha estado desempleado por más de 27 semanas consecutivas? Sí No

¿Desea inscribirse para votar? Sí No ¿Alguna vez le han sentenciado por un delito grave? Sí No

Estoy solicitando Servicios de Rehabilitación porque deseo trabajar, y mantener un empleo.

Firma: _____ Fecha: _____

Padre/Madre o Guardián (si concierne) _____ Fecha: _____

Recibo de solicitud del consejero (solo personal de ORS) _____

Su ayuda al proporcionar la información que se solicita en las siguientes páginas ayudará a agilizar el proceso de calificación y empleo. Si usted lo desea, un representante de Rehabilitación Vocacional le puede ayudar a completar la información. Si necesita ayuda para completar el formulario, por favor comuníquese al (401) 421-7005 (Intake) ó al 711- RI Relay. En español, (401) 462-7791.

(Sigue al otro lado)

EXPERIENCIA LABORAL

Historial de trabajo (indique primero el más reciente y adjunte su currículum vital – resumé)

Nombre y dirección del empleador: _____

¿Cómo obtuvo este empleo? _____

Horas por semana: _____ Fechas de empleo: _____ - _____ Pago por hora: _____

Nombre del trabajo/Habilidades: _____

Lo que más le gustó del trabajo: _____

Lo que menos le gustó del trabajo: _____

Razón por la que dejó el trabajo: _____

Educación y entrenamiento

Escuela secundaria: _____ Ultimo grado completo: ___ Diploma Sí No Fecha _____

Educación especial Certificación de Finalización Sí No GED: Sí No Fecha _____

Educación especial [IEP/504]: Sí No Servicios de apoyo facilitados (Ej.: tecnología, ayuda, etc.): _____

Universidad: _____ Años de Estudio: _____ Grado obtenido: _____

Otras Habilidades / Entrenamientos: _____

Certificaciones obtenidas: _____ Fecha _____

DISCAPACIDAD/CONDICION Médica (¿qué le impide trabajar?)

Describa sus limitaciones para trabajar: _____

Tecnología / Soportes / Recursos necesarios para trabajar: _____

MÉDICOS / HOSPITAL / SALUD MENTAL / PSICÓLOGO / TRABAJADOR SOCIAL

MÉDICOS/HOSPITAL/CLÍNICAS

Especialidad

Fechas de servicio

Nombre(s) y dirección(es): _____

MEDICAMENTOS/TRATAMIENTOS

Nombre/Tipo

Dosis/Frecuencia

COBERTURA MÉDICA

Proveedor

No. de caso

Proveído por el empleador

Seguro por enfermedad Sí No Seguro Médico Del Estado Sí No Privado Sí No

Otro Sí No _____



OFICINA DE SERVICIOS DE REHABILITACION
CAPACIDADES FUNCIONALES Y SALUD ACTUAL

EVALUACION PROPIA

Por favor, marque las casillas según le apliquen

	PROMEDIO	ALGUNOS PROBLEMAS	COMENTARIO
Usando el transporte			
Caminar			
Subir/trepar			
Audición			
Hablando			
Lectura			
Escritura			
Estado de ánimo / actitud			
Estrés			
Llevarse bien con otros			
Concentración			
Recordando			
Rutina de la vida diaria			
Tomando medicamentos			
Impulsividad			
Tomando decisiones			
Aprendiendo nuevas tareas			
Planificar /Establecer objetivos			
Aceptando indicaciones/criticas /consejos			
Puntualidad			
Conseguir / Mantener un trabajo			
Sentado / de pie			
Doblarse			
Levantar / Empujar / Halar			
Agarrar/sostener (Sensaciones en las manos)			
Balance / Coordinación			
Fatiga / Resistencia			
Respiración / Alergias			
Visión			

¿Tiene alguna otra barrera al empleo que no esté mencionada anteriormente? _____

¿Cuántas veces ha estado en el hospital en los últimos 2 años? _____

¿ Usa Tabaco Alcohol Drogas ? Si usa, ¿Cuanto? _____

¿Tiene usted un historial de dependencia de drogas alcohol

Si es así, ¿cual es la fecha en la que dejo de usar drogas ó alcohol? _____

Si esta planeando trabajar, ¿que opina sobre la perdida de sus beneficios de SSI/SSDI? _____

Esta es la mejor evaluación de mis habilidades y limitaciones

Firma

Fecha