



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)  
 401.421.7016 (TDD) ~ 401.462-7791 (Español) ~ 401.222-3574 (Fax)  
[www.ors.ri.gov](http://www.ors.ri.gov)

ORS Use  
 Region:  
 Area:  
 ORS-4 Rev.04/2014

“Ayudar a personas que califican y tienen discapacidades a elegir, prepararse para obtener y mantener un empleo”

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

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

¿Hay un adulto (incluyendo usted) que habla inglés en su casa?  Sí  No

Si respondió "no", ¿Qué idioma hablan en su casa? \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

¿Recibe SSI y/o SSDI y desea trabajar? SSI \_\_\_ SSDI \_\_\_ (Adjunte la carta de aceptación, si la tiene)

¿Cuál es su discapacidad? \_\_\_\_\_ No se sabe: \_\_\_\_\_

¿ Ha recibido un “Boleto a Trabaja” (Ticket to Work)? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿ Tiene transporte disponible? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿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? \_\_\_\_\_

**Estoy solicitando Servicios de Rehabilitación porque deseo trabajaro, si estoy trabajando, deseo conservar mi empleo.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Madre o Guardián (si concierne) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

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 (401) 421-7016 (TTY). En español, (401) 272-8090.

(Sigue al otro lado)

## EXPERIENCIA LABORAL Y EDUCACIÓN ACADÉMICA

### **Historial de trabajo** (indique primero el más reciente o adjunte su curriculum vital – resumé)

Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_

¿Cómo obtuvo este empleo? \_\_\_\_\_

Horas por semana: \_\_\_\_\_ Fechas de empleo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Salario total: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

\* \* \*

Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_

¿Cómo obtuvo este empleo? \_\_\_\_\_

Horas por semana: \_\_\_\_\_ Fechas de empleo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Salario total: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

\* \* \*

Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_

¿Cómo obtuvo este empleo? \_\_\_\_\_

Horas por semana: \_\_\_\_\_ Fechas de empleo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Salario total: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

\* \* \*

Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_

¿Cómo obtuvo este empleo? \_\_\_\_\_

Horas por semana: \_\_\_\_\_ Fechas de empleo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Salario total: \_\_\_\_\_

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**

Ultimo grado completo: \_\_\_\_\_ Educación especial [IEP]: Sí \_\_\_ No \_\_\_ 504: Sí \_\_\_ No \_\_\_ GED: Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Recibió servicios de apoyo en la escuela? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Describa (Ej.: tecnología, ayuda, etc.): \_\_\_\_\_

Bachillerato: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

Título universitario que obtuvo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Otro entrenamiento: \_\_\_\_\_

Habilidades/Pasatiempos (Ej.: idiomas, computadora, habilidades, licencias, trabajo voluntario, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE SU DISCAPACIDAD**

**DISCAPACIDAD/DOLENCIA (¿qué es lo que le obstaculiza para trabajar)**

Describa sus limitaciones para trabajar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dolencias (si se saben): \_\_\_\_\_

**MÉDICOS/HOSPITAL/CLÍNICAS**

Fechas de servicio

Nombre(s) y dirección(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS/TRATAMIENTOS**

Nombre/Tipo

Dosis/Frecuencia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COBERTURA MÉDICA**

Seguro/Beneficio

No. de caso

Proveído por el empleador

\_\_\_\_\_

**EQUIPO NECESARIO PARA TRABAJAR**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COMENTARIOS DEL**

**CONSEJERO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DATOS DEMOGRÁFICOS

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ Número de dependes: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_

---

---

### BENEFICIOS PÚBLICOS/INGRESOS

(Se debe completar una evaluación de necesidad económica por muchos servicios VR que se obtienen.  
La siguiente información ayudará con su planificación inicial.)

Efectivo, ahorros u otros activos \$ \_\_\_\_\_

<b>INGRESO BRUTO</b>	<b>Cantidad (Sem/Mes/Año)</b>
Sueldo/Salario _____	\$ _____
Seguro del Seguro Social (SSI) _____	\$ _____
Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) _____	\$ _____
Programa de Independencia Familiar (FIP)/RIWORKS _____	\$ _____
Seguro por Incapacidad Temporal (TDI) _____	\$ _____
Compensación Laboral _____	\$ _____
Beneficios a veteranos _____	\$ _____
Beneficios por desempleo _____	\$ _____
Seguro privado por discapacidad _____	\$ _____
Pensión o anualidad _____	\$ _____
Otro ingreso _____ <i>(ahorros, incluyendo ingresos del cónyuge, rentas, intereses, etc.)</i>	\$ _____

<b>GASTOS DE REHABILICIÓN (No-reembolsable)</b>	<b>CANTIDAD SEMANAL</b>
Médicos _____	\$ _____
Rehabilitación/Tecnología de adaptación _____	\$ _____
Otras necesidades de rehabilitación _____	\$ _____

---

---

### CERTIFICACIÓN (Complete cuando ya se haya reunido con un representante de VR)

Me han explicado el programa VR, mis derechos y responsabilidades y me han dado el folleto del Programa de Ayuda al Cliente (CAP, por sus siglas en inglés). Me han informado que puedo apelar decisiones y me han dicho cómo hacerlo. También me han informado de la necesidad de que se obtenga la aprobación previa de mi representante ORS por todo servicio a recibir y que le mantenga informado de cualquier cambio en mi situación sea esta médica, financiera o de cualquier otra índole. Certifico que la información que proporciono es cierta y completa hasta donde yo sé y estoy consciente que cualquier declaración falsa o engañosa, o el no reportar cambios, pudiera tener como resultado que se me encause por intento de fraude. Entiendo que la información que proporciono es CONFIDENCIAL y se usará solamente con propósitos directamente relacionados con la administración del programa VR

Firmas: \_\_\_\_\_

*Solicitante*

*Padre/Madre o Guardián (si concierne)*

*Fecha*

Firma de la persona que le ayudó a completar esta solicitud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Consejero de Rehabilitación Vocacional: \_\_\_\_\_



OFICINA DE SERVICIOS DE REHABILITACION  
CAPACIDADES FUNCIONALES Y SALUD ACTUAL  
**EVALUACION PROPIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)

Haga una lista de los problemas más importantes que interfieren con que usted trabaje:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En cada una de las áreas que se encuentran abajo indique si su salud es excelente o promedio, si tiene habilidad en esa área, o si tiene problemas. Esta información es importante para planear su trabajo.

	<b>SALUD/HABILIDAD EXCELENTE</b>	<b>SALUD/HABILIDAD PROMEDIO</b>	<b>ALGUNOS PROBLEMAS</b>	<b>COMENTARIO</b>
Escuchar				
Mirar				
Hablar				
Sentarse				
Caminar				
Arrodillarse				
Doblarse				
Levantar				
Empujar/Halar				
Uso de Las Manos/de Los Dedos/Sensaciones				
Subir				
Balancearse				
Coordinación				
Fuerza				
Energía				
Respiración				
Alergias				
Memoria				
Appendizaje				

	<b>SALUD/HABILIDAD EXCELENTE</b>	<b>SALUD/HABILIDAD PROMEDIO</b>	<b>ALGUNOS PROBLEMAS</b>	<b>COMENTARIO</b>
Lectura				
Escritura				
Concetración				
Tomar Decisiones				
Resolver Problemas				
Organizarse				
Clima Caliente/Frío				
Asearse a si Mismo				
Llevarse Bien Con Otros				
Nerviosidad/Ansiedad				
Depresión				
Comidas/Digestion				
Tomar Medicinas				
Usar Transportación				
Usar Equipo de Adaptación				
Habilidades de Trabajo				
Como Buscar y Obtener Un Trabajo				
Habitos de Trabajo				
Ser Confiable y Responsable				
Historial de Trabajo				
Otros (Indique)				

¿Cuántas veces ha estado en el hospital en los ultimos 2 años? \_\_\_\_\_

¿ Usa ( ) Tabaco ( ) Alcohol ( ) Otras 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