

**DEPARTAMENTO DEL TRABAJO (DOL) DE MAINE  
DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL**

**SOLICITUD PARA REHABILITACIÓN VOCACIONAL (VR)**

Nombre:		Número de Seguro Social:	
Nombre anterior (de tenerlo):		Fecha de nacimiento:	
Sexo:	No desea auto identificarse: <input type="checkbox"/>	Femenino: <input type="checkbox"/>	Masculino: <input type="checkbox"/>
Dirección residencial (calle):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Condado:	Correo electrónico:		
Dirección postal (si es distinta):			
Número de teléfono principal:		Número de teléfono secundario:	
¿El número principal es un celular?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿El número secundario es un celular?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Residencia privada      Otro:			
<b>Raza y origen étnico:</b>			
Amerindio/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/>			
No desea identificarse <input type="checkbox"/>			
Hispano o latino <input type="checkbox"/>		Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/>	
Blanco <input type="checkbox"/>			
<b>Idioma principal o preferido:</b>			
<b>Modalidad preferida de correspondencia:</b>			
<input type="checkbox"/> Audio <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Letra de tamaño grande <input type="checkbox"/> Videoteléfono			
<b>¿Tiene un tutor legal?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del tutor legal:	
Número de teléfono:		Correo electrónico:	
Dirección postal:			
<b>Contacto principal de emergencia:</b>			
Nombre:		Relación con el solicitante:	
Número de teléfono:		Correo electrónico:	
Dirección postal:			
<b>Contacto secundario de emergencia:</b>			
Nombre:		Relación con el solicitante:	
Número de teléfono:		Correo electrónico:	
Dirección postal:			
<b>¿Está inscrito para votar?</b>		<b>Si la respuesta es No, ¿quiere un formulario de inscripción de votantes?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			
<b>¿Es ciudadano de Estados Unidos?</b>		<b>Si la respuesta es No, ¿está autorizado legalmente para trabajar en Estados Unidos?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Quién lo refirió?</b>			
Nombre:		Relación con el solicitante:	
Agencia:		Número de teléfono:	

Correo electrónico:					
<b>Fuente principal de manutención</b>	<input type="checkbox"/> La familia o amigos <input type="checkbox"/> Ingreso personal o sueldo <input type="checkbox"/> Ayuda pública (Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), etc.) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ingreso personal: Intereses, dividendos y renta				
<b>Beneficios de discapacidad:</b>					
Tipo de beneficio	Cantidad recibida	Estado de la solicitud		Otro ingreso	
		Pendiente	Rechazada	Fuente	Monto
SSI para tercera edad	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia general	\$
SSI para discapacitados	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indemnización por accidentes de trabajo	\$
SSDI para discapacitados	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desempleo	\$
SSDI - Otro	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra discapacidad	\$
Administración de veteranos (VA)	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (ingreso familiar, sueldos, etc.)	\$
TANF	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Si recibe la TANF se agotarán sus beneficios dentro de dos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Seguro médico:</b>	<input type="checkbox"/> Maine Care (Medicaid) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado a través de otro medio <input type="checkbox"/> Privado a través del trabajo propio pendiente <input type="checkbox"/> Privado a través del trabajo propio <input type="checkbox"/> Seguro público de otras fuentes <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No está disponible <input type="checkbox"/> Mercado de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio a nivel estatal y federal				
<b>Médico de atención primaria</b>			<b>Fecha de la última consulta</b>		
<b>Dirección del médico de atención primaria:</b>					
<b>Otras fuentes de información médica</b>					
<b>Doctor/Hospital/Clínica</b>			<b>Fecha de la última consulta</b>		
<b>Dirección:</b>					
<b>Doctor/Hospital/Clínica</b>			<b>Fecha de la última consulta</b>		
<b>Dirección:</b>					
<b>Doctor/Hospital/Clínica</b>			<b>Fecha de la última consulta</b>		
<b>Dirección:</b>					
<b>Doctor/Hospital/Clínica</b>			<b>Fecha de la última consulta</b>		
<b>Dirección:</b>					
<b>OTRAS AGENCIAS Y SERVICIOS INVOLUCRADOS EN LA SOLICITUD</b>					
<b>AGENCIA/SERVICIO</b>					
<b>Dirección:</b>					
<b>AGENCIA/SERVICIO</b>					
<b>Dirección:</b>					

<b>AGENCIA/SERVICIO</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>AGENCIA/SERVICIO</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>¿Está trabajando?:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Si la respuesta es NO, última fecha en la que estuvo empleado:</b>	
<b>¿Está solicitando servicios para mantener su empleo actual?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Historia laboral:</b> (Enumere los empleos empezando con el más reciente o el actual y adjunte su currículum vitae, si lo tiene)			
<b>Empleador:</b>		<b>Título del cargo:</b>	
<b>Horas por semana:</b>	<b>Tasa de pago:</b>	<b>Fecha de inicio:</b>	<b>Fecha de retiro:</b>
<b>Razón por la que dejó el trabajo:</b>			
<b>Empleador:</b>		<b>Título del cargo:</b>	
<b>Horas por semana:</b>	<b>Tasa de pago:</b>	<b>Fecha de inicio:</b>	<b>Fecha de retiro:</b>
<b>Razón por la que dejó el trabajo:</b>			
<b>Empleador:</b>		<b>Título del cargo:</b>	
<b>Horas por semana:</b>	<b>Tasa de pago:</b>	<b>Fecha de inicio:</b>	<b>Fecha de retiro:</b>
<b>Razón por la que dejó el trabajo:</b>			
<b>Empleador:</b>		<b>Título del cargo:</b>	
<b>Horas por semana:</b>	<b>Tasa de pago:</b>	<b>Fecha de inicio:</b>	<b>Fecha de retiro:</b>
<b>Razón por la que dejó el trabajo:</b>			
<b>Empleador:</b>		<b>Título del cargo:</b>	
<b>Horas por semana:</b>	<b>Tasa de pago:</b>	<b>Fecha de inicio:</b>	<b>Fecha de retiro:</b>
<b>Razón por la que dejó el trabajo:</b>			
<b>¿Es usted un veterano de guerra?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Algún tribunal de justicia lo ha condenado alguna vez por violar la ley?</b> Incluya todas las declaraciones de culpabilidad, cortes marciales militares y condenas por infracciones de tránsito por operar bajo la influencia (OUI), o infracciones de tránsito que llevaron a la suspensión de su licencia de conducir. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Fue condenado por algún delito antes de los 18 años de edad?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Tiene antecedentes penales fuera del Estado de Maine?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Si respondió Sí a alguna de las preguntas anteriores, describa el caso:</b>			
<i>Una condena no lo descalifica para recibir servicios de rehabilitación vocacional, pero se tomará en cuenta con relación a su meta vocacional.</i>			
<b>Educación</b> <b>¿Tiene su diploma o certificado de Desarrollo Educativo General (GED)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Año de graduación?</b>	<b>De no ser así, grado más alto completado y año que se completó:</b>	<b>¿Es estudiante en estos momentos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>¿Última escuela a la que asistió?</b>

¿Alguna vez ha recibido servicios bajo un Programa Individual de Educación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Alguna vez ha recibido servicios bajo un plan 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene educación universitaria? De ser así, ¿adónde la recibió?			Número total de créditos:
Área de estudio:		¿Se graduó de la universidad?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Último año que asistió:		¿Ha recibido capacitación vocacional especializada? De ser así, ¿en qué área?	
¿Ha solicitado con anterioridad rehabilitación vocacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cuándo y dónde:	
Discapacidad primaria:		Causa de la discapacidad:	
Discapacidad secundaria:		Causa de la discapacidad:	
<p><b>Mediante este documento solicito servicios de rehabilitación vocacional, ya que creo que tengo una discapacidad que interfiere con mi capacidad para trabajar. Certifico que tengo acceso a una copia del documento de <i>Derechos y Responsabilidades de la Oficina de Servicios de Rehabilitación del DOL de Maine</i> y que entiendo que mi consejero de rehabilitación vocacional está disponible para responder cualquier pregunta que tenga con relación al documento. Certifico que, a mi mejor saber y entender, la información anterior es cierta. No divulgar la información solicitada puede considerarse prueba de negativa a cooperar y resultaría en el cierre de su caso.</b></p>			
Firma del solicitante		Fecha	
Firma del padre o tutor		Fecha	