

**APPLICATION FOR VOCATIONAL  
AND EMPLOYMENT SERVICES  
SOLICITUD PARA SERVICIOS  
VOCACIONALES Y DE EMPLEO**

Michigan Department of Health and Human Services  
Michigan Rehabilitation Services

For MRS office use only Date application received
--

**Nota:** Su caso se considera un caso abierto cuando (1) cuando está completada toda la solicitud y firmada por usted y el consejero de MRS, y (2) cuando usted tenga la disponibilidad para tomar parte en el proceso de determinación de la elegibilidad.

**PARTE 1 (se debe completar por el cliente)**

Información personal			
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Número de Seguro Social:
Nombre que prefiere:	Apellido anterior:		Fecha de nacimiento:
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No quiero identificarme			
Dirección postal:			
Ciudad:	Estado:	Zona postal:	
Condado:	Dirección de correo electrónico:		
Teléfono principal:			
Ext. <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> TTY <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Video llamada			
Teléfono secundario:			
Ext. <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> TTY <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Video llamada			
¿Cómo se enteró acerca de los MRS (Michigan Rehabilitation Services)?			
¿Era usted cliente de MRS anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuándo?	¿En qué oficina?
Características			
¿Es ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no lo es, ¿qué tipo de visa posee Ud.? <b>Se requiere una copia de su visa.</b>	
¿Tiene un permiso laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de permiso:	
¿Cuál es su raza/etnia? (marque todo lo que corresponda).			
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico			
¿Te consideras multirracial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

¿Tiene un tutor legal? <b>Se requiere una copia de los documentos de la tutela.</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así ¿cuál es el nombre del tutor legal?
---	---

¿Cuál es el número de teléfono del tutor legal?  
 Voz       TTY       Fax       Celular       Video llamada

¿Tiene una licencia de manejar de Michigan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene una identificación del estado de Michigan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

**Sus necesidades**

¿Qué idioma habla la mayor parte del tiempo?  
 Inglés       Español       Árabe       Lenguaje de señas de los Estados Unidos  
 Otro – explique:

¿Qué idioma usa para los documentos impresos?  
 Inglés       Español       Árabe  
 Otro – explique:

¿Necesita un intérprete, letras grandes u otro tipo de asistencia para trabajar con MRS?  
 Sí       No      Explique:

**Información sobre su incapacidad**

¿Cuál es su discapacidad física o mental? (Ejemplos: depresión, ansiedad, abuso de sustancias, discapacidad del aprendizaje, TDA, TDAH, diabetes, epilepsia, paraplejia, lesión en la espalda, etc.)

Su discapacidad le afecta su capacidad para...

<input type="checkbox"/> Pararse	<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Sentarse	<input type="checkbox"/> Levantar	<input type="checkbox"/> Inclinarsse
<input type="checkbox"/> Ver	<input type="checkbox"/> Escuchar	<input type="checkbox"/> Leer	<input type="checkbox"/> Escribir	<input type="checkbox"/> Usar manos o pies
<input type="checkbox"/> Concentrarse	<input type="checkbox"/> Recordar	<input type="checkbox"/> Aprender	<input type="checkbox"/> Comprender	<input type="checkbox"/> Lidar con el estrés
<input type="checkbox"/> Comunicarse	<input type="checkbox"/> Controlar emociones	<input type="checkbox"/> Trabajar con otras personas		
<input type="checkbox"/> Otro – explique:				

**DETENGASE**

**LAS PAGINAS 3 A LA 6 DE LA SOLICITUD  
DEBEN SER COMPLETADAS CON SU CONSEJERO DE MRS**

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

**PARTE 2 (se debe completar con el consejero de MRS)**

<b>Información básica</b>			
¿Cuál es su situación de vivienda actual?			
<input type="checkbox"/> Institución correccional para jóvenes/adultos	<input type="checkbox"/> Institución de salud mental		
¿Cuándo termina su libertad condicional/probatoria?	<input type="checkbox"/> Asilo de ancianos		
_____	<input type="checkbox"/> Residencia privada (solo el solicitante, con familia o con otra persona)		
Oficina de libertad condicional /probatoria: _____	<input type="checkbox"/> Institución de rehabilitación		
<input type="checkbox"/> Residencia comunitaria/hogar grupal	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento para el abuso de drogas		
<input type="checkbox"/> Casa de rehabilitación social	<input type="checkbox"/> Otra: _____		
<input type="checkbox"/> Indigencia/refugio			
¿Cuál es su estado civil?			
<input type="checkbox"/> Soltero(a)/nunca se casó	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
¿Es un veterano?		¿Es un trabajador agrícola migrante o de temporal?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está actualmente registrado para votar?		Si es elegible para votar, ¿le gustaría registrarse?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Ingreso</b>			
(Seleccione "Sí" o "No" e ingreso la cantidad mensual, si corresponde)			
Recibe usted:	Sí (✓)	No (✓)	Cantidad mensual
Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Programa de asistencia en efectivo, también conocido como Asistencia temporal para familias necesitadas (FIP y TANF, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si la respuesta es "Sí", ¿se le acabará el TANF dentro de los 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asistencia del estado para incapacitados, también conocido en algunas áreas como Asistencia general (SDA y GA, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beneficios del seguro de desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discapacidad de veteranos (VA, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compensación de trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro tipo de asistencia pública (Ejemplos: pagos del gobierno por jubilación o beneficios de sobreviviente, beneficios para dependientes o viudos(as) de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), cualquier otro pago temporal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro ingreso por discapacidad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés)			
<input type="checkbox"/> Seguro de responsabilidad objetiva			
Ingreso que no es dinero en efectivo – asistencia alimentaria (también conocido como tarjeta Bridge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

¿Cuál es su fuente de ingreso principal al momento de completar la solicitud?

- Ingreso personal (salario de empleado, intereses, dividendos, renta, jubilación incluyendo el Seguro Social)
- Asistencia pública (SSI, SSDI, TANF, etc.) Explique: \_\_\_\_\_
- Familia y amigos       Agencia privada de asistencia       Institución pública respaldada por los impuestos
- Compensación para los trabajadores
- Todas las otras fuentes (es decir, seguro privado de discapacidad y organizaciones benéficas).

### Seguro médico

¿Cuál es su actual cobertura médica? (Marque todo lo que corresponda).

- Medicaid       Medicare       Affordable Care Act       Ninguna
- Seguro privado mediante su empleador.      Proveedor: \_\_\_\_\_
- Aún no es elegible para el seguro mediante su empleador actual.
- Seguro privado a través de otros medios. (Ejemplo: los padres o el cónyuge provee el seguro).  
Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_
- Seguro público a través de otra fuente.  
Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

### Información sobre la discapacidad

¿Quién le brinda el tratamiento al solicitante y cuál es la dirección del proveedor? (Nombre del médico, terapeuta, administrador del caso, etc.). Si hace falta más espacio, puede agregar más páginas.

- ¿Alguna vez ha recibido tratamiento o fue hospitalizado por su discapacidad?       Sí       No
- ¿Está recibiendo tratamiento por su discapacidad actualmente?       Sí       No
- ¿Ha recibido tratamiento por su discapacidad anteriormente?       Sí       No
- ¿Toma actualmente algún medicamento?       Sí       No

Anote los medicamentos que está tomando. Si hace falta más espacio, puede agregar más páginas.

### Educación

Si asiste o está inscrito actualmente en un programa de educación o capacitación de escuela secundaria/terciaria, ingrese el nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Si está inscrito en el sistema educativo de educación primaria a secundaria (K-12), ¿cuál es la fecha estimada de terminación de la escuela? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido o está recibiendo asistencia o apoyo por su discapacidad en la escuela (grados K-12)?

- Programa intensivo de inglés (IEP, por sus siglas en inglés)/Servicios de educación especial y/o el plan 504       No

Títulos y/o certificados recibidos:



Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Si está inscrito actualmente en la escuela ¿a qué grado va?

¿Cuál es el nivel de educación más alto al que ha llegado?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primaria (grados 1 a 8)   | <input type="checkbox"/> Certificado o licencia vocacional/técnica                        |
| <input type="checkbox"/> Secundaria (grados 9 a 12), no tienen título de escuela secundaria                  | <input type="checkbox"/> Educación terciaria, no tiene certificado o título universitario |
| <input type="checkbox"/> Título de escuela secundaria o equivalente (GED, o tutoría privada)                 | <input type="checkbox"/> Diploma técnico universitario                                    |
| <input type="checkbox"/> Certificado de estudios realizados o certificado de asistencia (educación especial) | <input type="checkbox"/> Licenciatura   |
|  | <input type="checkbox"/> Maestría   |
|  | <input type="checkbox"/> Cualquier título superior a una maestría (PH.D., Ed.D, J.D)      |

### Información de empleo

¿Cuál es su condición laboral?  Trabajando  No trabajando

¿Cuáles son sus intereses laborales y qué servicios le solicita a MRS?

¿Necesita cuidado de niños?

Sí  No

¿Qué tipo de transporte utiliza?

Tengo coche  Autobús  Otro: \_\_\_\_\_

¿Ha sido condenado alguna vez por un delito grave o un delito menor?

Sí  No

¿Existe algún límite en la clase de trabajos que puede hacer o en dónde puede trabajar a causa de una condena por un delito grave o un delito menor u otros asuntos legales?

Sí  No

**Historia del trabajo incluyendo el trabajo voluntario (se necesitan las fechas y salarios aproximados). Anote PRIMERO los trabajos actuales o más recientes. Si necesita más espacio, agregue más páginas.**

### Trabajo 1: el más reciente

Empleador:

Puesto de trabajo:

Dirección:

Número de teléfono:

Fecha de inicio:

Fecha final:

Tareas laborales:

¿Era un empleo de temporal?

Sí  No

Si es así, indique cuándo trabajó (ejemplo: 6/aaaa-9/aaaa)

Número de horas trabajadas

Diariamente  Semanalmente  Mensualmente  Anualmente

Ultimo salario/tarifa de pago

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Razón por la que terminó el empleo:

**Trabajo 2**

Empleador: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_

Tareas laborales:

¿Era un empleo de temporal? \_\_\_\_\_ Si es así, indique cuándo trabajó (ejemplo: 6/aaaa-9/aaaa)  
 Sí  No

Número de horas trabajadas \_\_\_\_\_ Último salario/tarifa de pago \_\_\_\_\_  
 Diariamente  Semanalmente  Mensualmente  Anualmente

Razón por la que terminó el empleo:

**Contactos de emergencia (ejemplos: familia, amigos, oficial de probatoria, etc.)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_  Voz  TTY  Fax  Celular  Texto  Video llamada

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_  Voz  TTY  Fax  Celular  Texto  Video llamada

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

**SOLICITANTE: NO FIRME NI COLOQUE FECHA EN ESTA SOLICITUD HASTA HABER COMPLETADO Y REVISADO LAS PAGINAS 1 A 6 CON SU CONSEJERO DE MRS.**

He recibido una copia de los siguientes folletos o de los Seis Pasos para los Servicios de Rehabilitación Vocacional y se me explicó la información contenida en dichos folletos:

- “Sus derechos y responsabilidades como cliente de MRS”
- “Cómo recusar decisiones hechas por los Servicios de Rehabilitación de Michigan”
- “Programa de asistencia al cliente”

Iniciales del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**VERIFICACION DE EXACTITUD:** Afirmo que las declaraciones hechas en ésta solicitud son verdaderas y correctas.

Iniciales del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comprendo que el propósito de recibir servicios de rehabilitación vocacional es ayudarme a conservar un trabajo. Comprendo que se me debe encontrar elegible para los servicios que necesito. En este momento, solicito servicios de rehabilitación vocacional y deseo participar en el proceso para ver si soy elegible para recibir los servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal, si corresponde

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta solicitud ha sido revisada, el solicitante recibió orientación sobre los servicios de MRS y hemos discutido sus derechos y responsabilidades.

\_\_\_\_\_  
Firma (Consejero de MRS)

\_\_\_\_\_  
Fecha