

**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.? Se requiere una copia de su visa.	
¿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 _____

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

Información básica			
¿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
Ingreso			
(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