

Nombre del Cliente _____

Características (continuación)		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero / Nunca Casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
¿Es usted un votante registrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Le gustaría registrarse para votar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Eres ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si no, ¿tiene una visa de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Por favor traiga a su primera cita
Información sobre Discapacidad		
¿Cuál es su discapacidad física o mental? (Ejemplos: depresión, ansiedad, abuso de sustancias, discapacidad de aprendizaje, ADD, ADHD, parálisis cerebral, artritis, etc.)	Primaria o Principal	Discapacidad Secundaria u Otra Discapacidad
¿Su discapacidad afecta su capacidad para:		
<input type="checkbox"/> Estar de pie <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Sentarse <input type="checkbox"/> Levantarse <input type="checkbox"/> Doblarse		
<input type="checkbox"/> Ver <input type="checkbox"/> Escuchar <input type="checkbox"/> Leer <input type="checkbox"/> Escribir <input type="checkbox"/> Usar las manos o los pies		
<input type="checkbox"/> Concentrarse <input type="checkbox"/> Recordar <input type="checkbox"/> Aprender <input type="checkbox"/> Comprender <input type="checkbox"/> Manejar el estrés		
<input type="checkbox"/> Comunicarse <input type="checkbox"/> Controlar las emociones <input type="checkbox"/> Trabajar con otros		
<input type="checkbox"/> Otro - Explique:		
Información Básica		
¿Cuál es su arreglo de vida actual?		
<input type="checkbox"/> Instalación correccional para adultos / jóvenes		
<input type="checkbox"/> Comunidad Residencial / Albergue		
<input type="checkbox"/> Media Casa de Transición		
<input type="checkbox"/> Sin hogar / Refugio		
<input type="checkbox"/> Centro de salud mental		
<input type="checkbox"/> Residencia para ancianos		
<input type="checkbox"/> Residencia privada (solo solicitante, con familia o con otra persona)		
<input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación		
<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento por abuso de sustancias		
<input type="checkbox"/> Otro:		
¿Cuál es su cobertura médica actual? (Por favor marque todos los que apliquen.)		
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ley de Atención Médica Asequible <input type="checkbox"/> Ninguno		
<input type="checkbox"/> Seguro privado mediante empleo propio Proveedor:		
<input type="checkbox"/> Aún no elegible para un seguro privado a través del empleador actual		
<input type="checkbox"/> Seguro privado por otros medios (Ejemplo: el seguro lo proporciona un padre o un cónyuge).		
Nombre de la compañía de seguros:		
<input type="checkbox"/> Seguro público de otra fuente.		
Nombre de la Compañía de Seguros:		
¿Está actualmente inscrito en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿cuál es su fecha de graduación prevista?
¿Cómo se enteró de MRS (remitido por)?		
Ingresos		
¿Cuál es su principal fuente de ingresos?		
<input type="checkbox"/> Ingresos personales (ingresos laborales, dividendos de intereses, alquiler, jubilación, incluyendo el Seguro Social)		
<input type="checkbox"/> Ayuda Público (SSI, SSDI, TANF, etc.) Explique:		
<input type="checkbox"/> Familia y amigos <input type="checkbox"/> Agencia de ayuda privada <input type="checkbox"/> Institución pública - Respaldado con Impuestos		
<input type="checkbox"/> Compensación Laboral		
<input type="checkbox"/> Todas las demás fuentes (Ej., Seguros privados por discapacidad y organizaciones benéficas privadas)		

Nombre del Cliente _____

<i>(Marque Sí o No e ingrese el monto mensual, si corresponde)</i>			
Recibes:	Sí (✓)	No (✓)	Monto Mensual
Seguro de discapacidad del Seguro Social (SSDI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Programa de Independencia Familiar (FIP) también conocido como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si la respuesta es sí, ¿se quedará sin TANF dentro de 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asistencia Estatal para Discapacitados (SDA) también conocida como Asistencia General (GA) en algunas áreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beneficios del Seguro de Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discapacidad para Veteranos (VA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compensación Laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros tipos de Ayuda Pública (ejemplos: pagos del gobierno para beneficios de jubilación o sobrevivientes, ayuda para hijos dependientes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros Ingresos por Discapacidad: <input type="checkbox"/> Discapacidad a Largo Plazo (LTD) <input type="checkbox"/> Respecto de la Responsabilidad Objetiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingresos No Monetarios: Asistencia Alimentaria (también conocida como Tarjeta Electrónica de Beneficios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

He recibido una copia de los siguientes folletos o de los Seis Pasos para los Servicios de Rehabilitación Profesional, y se me ha explicado la información contenida en los folletos:

- "Sus Derechos y Responsabilidades como Cliente del MRS"
- "Cómo Apelar las Decisiones Tomadas por los Servicios de Rehabilitación de Michigan"
- "Cómo el MRS Protege Mi Información Personal"
- "Programa de Asistencia al Cliente"

Iniciales del Solicitante: _____ Fecha: _____

Entiendo que:

- El propósito de recibir servicios de rehabilitación profesional es ayudarme a conseguir o mantener un trabajo.
- Debo ser elegible para los servicios que necesito.
- La Administración del Seguro Social puede dar al MRS toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad y verificar mi identidad.
- El MRS se pondrá en contacto conmigo una vez que mi caso haya sido cerrado después de 6 y 12 meses para conocer mi situación laboral y mis logros educativos.

Estoy solicitando servicios de rehabilitación profesional y me gustaría participar en el proceso para ver si soy elegible para los servicios. Declaro que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y correctas.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal, si corresponde

Fecha

La solicitud ha sido revisada y se han discutido sus derechos y responsabilidades.

Firma (Asesor(a) del MRS)

Fecha