



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) ~ 401.272.8090 (Español) ~ 401.222-3574 (Fax)
www.ors.ri.gov

ORS Use
 Region:
 Area:
 ORS-4 Rev. 07/09

“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.

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: _____

¿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: _____

¿Es ciego o tiene problemas con la visión? Sí ___ 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 trabajar o, 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)

Describe 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 (Opcional)

(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 \$ _____

INGRESO BRUTO Cantidad (Sem/Mes/Año)

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 _____ \$ _____

(ahorros, incluyendo ingresos del cónyuge, rentas, intereses, etc.)

GASTOS DE REHABILITACIÓN (No-reembolsable) **CANTIDAD SEMANAL**

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: _____



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS – OFICINA DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
40 Fountain Street ~ Providence, RI 02903 ~ (401) 421-7005 (V) ~ (401) 421-7016 (TTY)
“Ayudar a personas con discapacidades a que elijan, encuentren y mantengan un empleo”

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN/USO DE INFORMACIÓN DE SALUD

INSTRUCCIONES: COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, ESCRIBA LA FECHA Y FIRME

I. Yo, _____, por medio de la presente voluntariamente autorizo la
(Nombre del cliente)
 divulgación de la información contenida en mi expediente.

Mi fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Mi número de Seguro Social: ____ - ____ - ____

**II. Mi información es para divulgarse a/ y es para dársele a /divulgada por:
 dada por:**

_____	_____
<i>Nombre de la persona/ Organización</i>	<i>Nombre de la persona/Organización</i>
_____	_____
<i>Dirección</i>	<i>Dirección</i>
_____	_____
<i>Ciudad/Estado/Código</i>	<i>Ciudad/Estado/Código</i>

III. El propósito o necesidad de este permiso de información es:

- Para obtener la información que se indica abajo que me ayudará a planificar mi rehabilitación vocacional.
- Por razones personales y privadas
- Otros (*especifique*): _____

IV. La información a divulgarse de mi expediente médico: (*indique todas las que conciernen*)

- Vocacional Médica Educacional Social
- Financiera Psiquiátrica/Psicológica Otra (*especifique*): _____
- Notas de psicoterapia SOLAMENTE (al marcar esta opción, renuncio al privilegio de confidencia que existe entre psicoterapeuta – paciente)**

Información específica que se necesita: _____

Fechas de servicio: _____ a _____

También quiero que se divulgue la siguiente información confidencial: (*indique la(s) opción(s) pertinente(s)*)

- Abuso/Referencias por alcohol/Drogas Tratamiento relacionado al VIH/SIDA
- Enfermedades venéreas

V. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar por escrito esta autorización al Departamento de Servicios Humanos/Oficina de Servicios de Rehabilitación (DHS/ORS, por sus siglas en inglés) y que si lo hago, DHS/ORS pudiera poner condiciones a mi acceso de servicios basándose en mi decisión de revocar. También, toda información divulgada al DHS/ORS antes de revocar esta autorización, así como toda información divulgada a terceros por medio de esta autorización, ya no pudiera quedar protegida por la ley de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule [45 CFR Part 164], y la Privacy Act of 1974 [5 USC 552a]. Si esta autorización no se ha revocado, expirará un año después de la fecha en que la firme a menos que haya especificado una fecha de expiración diferente o una razón que dará lugar a que expire en otra fecha indicada en la línea pertinente. Toda información que se divulgue o reciba como resultado de esta autorización no se dará a conocer de ninguna manera a persona u organización fuera de la jurisdicción del Departamento de Servicios Humanos sin otra autorización escrita de mi parte.

(Indique si la fecha es diferente a dentro de un año a partir de la fecha que se indica abajo)

Firma del cliente

Fecha

Firma del representante autorizado

Parentesco con el cliente

Fecha

Instrucciones para completar el Formulario ORS-37

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

1. Escriba en letra de molde legible y en tinta negra en todas las áreas.
2. Sección I – escriba en letra de molde el nombre del cliente cuya información se va a divulgar.
3. Sección II – escriba en letra de molde el nombre y dirección de la persona u organización autorizada a divulgar y/o recibir la información. También proporcione el nombre del representante, unidad y dirección del DHS/ORS que recibirá y/o dará a conocer la información.
4. Sección III – indique la razón por la que se necesita la información (Ej.: demanda por discapacidad, cuidados médicos continuos)
5. Sección IV – indique todas las opciones que conciernen.
 - a. Vocacional, Médica, Educacional, Social, Financiera, Psiquiátrica/Psicológica
 - b. Otras (*especifique*) – especifique la información identificada por el cliente (Ej.: facturar, salud del empleado)
 - c. Notas de psicoterapia **SOLAMENTE** – para poder autorizar el uso o divulgación de notas de psicoterapia solamente se debe indicar esta opción en este formulario. La autorización para el uso o divulgación de otra información de salud contenida en el expediente NO se puede hacer en el mismo formulario que autoriza el uso o divulgación de las notas de psicoterapia.

Las notas de psicoterapia generalmente se conocen como notas de proceso, para diferenciarlas de las notas de progreso contenidas en el expediente médico. Estas notas reflejan las impresiones del terapeuta con respecto al paciente y contienen detalles de las conversaciones de psicoterapia, las cuales se consideran inapropiadas para el expediente médico, y que el proveedor usa en sesiones futuras. Estas notas generalmente se mantienen separadas para limitar el acceso a ellas debido a que contienen información confidencial relevante solamente al proveedor que trata.
 - d. Información específica que se necesita – identifique claramente la información precisa a divulgarse.
 - e. Fechas de servicio – indique la primera y última fecha en la que se solicitaron servicios
 - f. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** – indique tratamiento/referencia por abuso de alcohol-droga; tratamiento relacionado a VIH/SIDA; enfermedades venéreas – ¡el paciente debe indicar la opción apropiada!
6. Sección V – firme y ponga la fecha. Si desea una fecha de *expiración* diferente, especifique la nueva fecha.
7. Sección V – Representante autorizado (Ej.: padre/madre, guardián legal, poder notarial)
8. Se dará al cliente una copia del Formulario ORS-37 ya completo.



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 problemás 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.

	SALUD/HABILIDAD EXCELENTE	SALUD/HABILIDAD PROMEDIO	ALGUNOS PROBLEMAS	COMENTARIO
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				

	SALUD/HABILIDAD EXCELENTE	SALUD/HABILIDAD PROMEDIO	ALGUNOS PROBLEMAS	COMENTARIO
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