

**APLICACION PARA SERVICIOS VOCACIONALES DE REHABILITACION**

DR 222 (REGS/Rev. 09/11/Spanish)

**Informe de Privacidad:** El Sistema de Información Acto de 1977 (Sección 1798.17 del Código Civil) y el Acto de Privacidad Federal (5 USC 552a (e) (3) requiere que este aviso sea proveído los individuos cuando se les sea tomada información personal. La información requerida en esta forma, incluyendo el número de Seguro Social, es necesaria para identificar al individuo para así asegurar que el Departamento provea los servicios al individuo correcto. La falta de proveer la información solicitada puede ocasionar la tardanza de los servicios. Departamento de autoridad: Welfare & sus Instituciones Código Sec. 19005, 19005.1, 19010.

Apellido	Otro Nombre(s) usado(s)	Nombre	Inicial
Dirección		Dirección de correo si es diferente	
Ciudad		Código Postal	Condado
Número de Teléfono	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Edad
Número de Teléfono Móvil	Correo electrónico		

Por favor describa su impedimento físico o mental el cuál constituye o resulte como un impedimento substancial para empleo.

¿Cómo le podemos ayudar?

¿Quién lo refirió?

Nombre completo de una persona que no viva con usted que siempre sepa donde usted viva:

Dirección	Ciudad	Número de Teléfono	Relación con usted
-----------	--------	--------------------	--------------------

**REVELACION DE INFORMACION A PROSPECTOS EMPLEADORES:**

Yo autorizo al Departamento de Rehabilitación a revelar información (excepto la médica y psicológica) a prospectos empleadores con el propósito de ayudarme en la colocación de empleo. Entiendo que sólo la información necesaria para ayudarme en la colocación de empleo será revelada. Este consentimiento aplica hasta ese tiempo en el que mi caso sea cerrado o que yo específicamente retire mi consentimiento.

SI  NO

**MATERIALES DE ORIENTACION:**



He recibido y leído mi "Folleto de Información al Cliente" y lo he hablado con mi Consejero: Derechos Civiles, Requerimientos de Elegibilidad, Elección Informada, Resultados de Empleo, Desarrollo Profesional, Alcance de los Servicios, Confidencialidad, Procedimientos de Apelación, y el Programa de Ayuda al Cliente (CAP).

Iniciales: \_\_\_\_\_(Consejero) \_\_\_\_\_(Cliente)


La reforma de Migración y Control Acto de 1986, indica que los empleadores deberán de emplear solamente ciudadanos americanos y extranjeros que estén autorizados para trabajar en los estados Unidos. Para verificar su elegibilidad de empleo, por favor marque una de las selecciones abajo indicadas. Esto no reemplaza los requisitos de los empleadores como se especifica bajo la Reforma de Migración y Control Acto de 1986.

- I am:**
1. Un ciudadano o nacionalizado de los Estados Unidos
2. Un extranjero legalmente admitido para residencia permanente (Número de Extranjero A \_\_\_\_\_)
3. Un extranjero autorizado por los Servicios de Inmigración y Naturalización para trabajar en los Estados Unidos. (Número de Extranjero A \_\_\_\_\_ o Número de Admisión \_\_\_\_\_ caducidad de autorización de empleo, si hay alguna \_\_\_\_\_).
4. None of the above.

**VEA AL REVERSO PARA INFORMACION DE SUS DERECHOS DE APELACION Y COMO CONTACTAR A SU MEDIADOR CAP**

Firma del Solicitante	Fecha en que se firma	Firma del Padre/Guardián (requerida si es un menor de edad)
		

**PARA SER COMPLETADO POR EL CONSEJERO**

Firma del Consejero	Fecha en que se firma	Nombre del Consejero (Imprímalo)	Número Telefónico del Consejero
			

DISTRIBUCION: Original (Rosa) – Expediente

Copia (Blanda) - Solicitante