

Proporcione toda la información disponible. Si desea ayuda con este formulario, no dude en preguntar. Si necesita más espacio, utilice un papel adicional. Un representante de Servicios de Rehabilitación Vocacional de Iowa (IVRS) se pondrá en contacto con el solicitante dentro de las dos semanas posteriores a la recepción de este formulario para programar una cita.

**Información personal:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera u otros nombres usados: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

¿Le da permiso a IVRS para enviarle mensajes de texto?  No  Sí

Correo electrónico principal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico secundario: \_\_\_\_\_

Método preferido de comunicación:  Correo electrónico  Teléfono  Servicio Televideo  Carta

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna deficiencia visual específica que le presenta dificultades para prepararse, obtener o mantener un empleo; o se le considera legalmente ciego?  No  Sí

¿Necesita un intérprete?  No  Sí Idioma: \_\_\_\_\_

**Información de contacto:**

¿Hay algún pariente que podría ayudarnos a ponernos en contacto con usted?

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

¿Hay alguien fuera de su hogar que podría ayudarnos a ponernos en contacto con usted?

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

**Tutor legal:**

¿Tiene un tutor legal designado por la corte?  No  Sí  
(Si es así, proporcione el nombre y la información de contacto a continuación.)

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Fuente de referencia:**

---

¿Quién lo refirió a IVRS?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Por qué razón le sugirieron que solicitara servicios?

---

Me han referido porque actualmente tengo un empleo con un salario por debajo del mínimo o estoy considerando trabajar con un salario por debajo del mínimo.



**PARE AQUÍ--Envíe el formulario a su oficina local de IVRS.**

Traiga la siguiente información a la cita:

**Copias de documentos necesarios para cumplir con el Formulario I-9, Verificación de elegibilidad para el empleo.**  
Licencia de conducir, tarjeta de seguro social, pasaporte, visa de trabajo, registro escolar (estudiantes de secundaria), etc.

**Información sobre su discapacidad**

Cuándo comenzó y cómo afecta su capacidad de trabajar.

**Información sobre cualquier tratamiento, pasado o presente**

Informes médicos que tiene en su poder, nombres y direcciones de médicos, hospitales, clínicas, etc.

**Información sobre su educación**

Nombres y fechas de asistencia a la escuela secundaria, la universidad o las escuelas de formación profesional, etc. Lleve informes de calificaciones o transcripciones si están disponibles.

**Información sobre cualquier trabajo que haya tenido**

Resumen de cualquier trabajo que haya realizado y copia de su currículum vitae, si tiene uno

**Información sobre otros servicios que recibe**

Asistencia pública, prestaciones de seguro social--prueba de Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSI), beneficio SSDI (es decir, talón de cheque, carta de elegibilidad, etc.), Plan de Inversión Familiar (FIP), etc.

---

**SOLO PARA USO DE IVRS: Si respondió "sí" a la pregunta de baja visión, enviar la referencia al Departamento de Ciegos de Iowa (IDB) y notificar a la persona. Si la persona no desea ser remitida al IDB, notificarle que el IVRS no presta servicios a esta población.**

**Fuente de referencia \***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 14(c)Titulares de Certificados   | <input type="checkbox"/> Organizaciones de Atención Administrada (MCO)                                 |
| <input type="checkbox"/> Programas de educación y alfabetización de adultos   | <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios médicos  |
| <input type="checkbox"/> Programa de Servicios VR de los indios americanos  | <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental   |
| <input type="checkbox"/> Centros para la vida independiente   | <input type="checkbox"/> Autorreferencia, amigos o familia   |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de Servicios, incluso CRP  | <input type="checkbox"/> Administración de Seguro Social   |
| <input type="checkbox"/> Programa del Departamento de Trabajo (DOL) para Adultos, Trabajadores Lesionados y Jóvenes | <input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)                          |
| <input type="checkbox"/> Escuelas primarias/secundarias   | <input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos o Administración de Salud                           |
| <input type="checkbox"/> Instituciones Educativas Postsecundarias   | <input type="checkbox"/> Programa de Servicios de Empleo Wagner-Peysner                                |
| <input type="checkbox"/> Empleadores  | <input type="checkbox"/> Indemnización Laboral   |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de Empleo Extendido  | <input type="checkbox"/> Otras Fuentes   |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo                                | <input type="checkbox"/> Otros Centros de Trabajo Americanos o Programas de Desarrollo de Trabajadores |

**Fecha de recepción por IVRS:** \_\_\_\_\_

**Notas:**