

Formulario de Recomendación para Rehabilitación Vocacional (VR)

Puede llenar este formulario electrónicamente y enviarlo por correo electrónico a azrsa@azdes.gov o puede imprimir este formulario y llevarlo a la oficina de Rehabilitación Vocacional más cercana a usted. Para localizar la oficina más cercana, llame al 1-800-563-1221 o visite el sitio web des.az.gov/rsa y haga clic en Información de contacto.

Para obtener información general sobre el programa de Rehabilitación Vocacional o para recibir ayuda para completar este formulario de recomendación, llame al número gratuito 1-800-563-1221. Entiendo que al presentar este formulario, mi información se ingresará en el sistema de clientes de RSA y un representante de Rehabilitación Vocacional se comunicará conmigo.

Requisitos para los beneficios públicos

La Rehabilitación Vocacional (VR) es un programa financiado por el estado y el gobierno federal que proporciona beneficios públicos. Para calificar para cualquier beneficio público, debe ser ciudadano de los Estados Unidos, residente legal o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Marque la declaración que corresponda con usted:

Ciudadano de los Estados Unidos

Residente legal o legalmente presente en los Estados Unidos

Todas las personas interesadas en el programa VR deben proporcionar su tarjeta de Seguro Social y documentación que verifique su identidad y autorización de empleo para solicitar el programa VR.

Las personas que no son ciudadanos estadounidenses deben proporcionar documentación de inmigración para confirmar que cumplen con los requisitos para recibir beneficios públicos.

Persona a la que se recomienda

Título: _____ Apellido: _____ Nombre: _____ Segunda inicial: _____

Dirección postal (Número, Calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección residencial (Número, Calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del hogar: _____ Número de teléfono móvil: _____

Teléfono alternativo: _____ Correo electrónico: _____

Número de teléfono de video: _____ VRS IP: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Número de Seguro Social: _____

Información sobre el padre de un menor/tutor legal designado por el tribunal (si corresponde)

Si la persona que se recomienda a la Rehabilitación Vocacional es un menor o tiene un tutor legal designado por el tribunal, incluya la información del padre o tutor.

Título: _____ Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección postal (si es diferente al anterior): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono (si es diferente al anterior): _____

Raza/Etnia (<i>seleccione todo lo que corresponda</i>)	Información de viaje	¿Qué adaptacion(es) necesita para su primer cita?
Blanca	A solas	Servicios de intérprete
Negra o Afroamericana	Con un guía vidente	ASL
Asiática	Con un bastón	Transliteración
Hispanica o Latina	Con un perro guía	CART (Transcripción en tiempo real)
Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	En la noche	Documentos en letra grande
Indígena americano o de Alaska Sí marca esta opción, indique su afiliación tribal:	Durante el día	Documentos en Braille
	En transporte público	Asistencia de transporte
	Con una silla de ruedas	Otro - indique:
	Con dispositivos de asistencia	
Rechazo a autoidentificarse	Otro:	

Idioma principal

Idioma o dialecto principal: _____

Otros idiomas o métodos de comunicación: _____

Nombre de la fuente de recomendación

¿Cómo escucho de nosotros? Autorecomendación Otro _____

¿Tiene usted un trabajador de caso de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)? Sí No

Si contestó "Sí", ¿cómo se llama el trabajador de caso? _____

¿Recibe usted servicios de una clínica de salud conductual? Sí No

¿Es elegible para recibir servicios de Enfermedades Mentales Graves (SMI) en el estado de Arizona? Sí No

Si contestó "Sí", ¿cómo se llama el gerente de caso? _____

Si contesto "Sí", ¿cuál es el nombre y la dirección de su clínica? _____

¿Cuál es su discapacidad(es)? (*marque todo lo que corresponda*)

Salud mental Ciego o con discapacidad visual Sordo o con dificultades auditivas

Discapacidad del desarrollo Discapacidad cognitivo Otro: (*describa*) _____

¿Desea trabajar? Sí No

Si contestó "Sí", describa su objetivo laboral: _____

¿Es usted un miembro de la familia o un asociado cercano de un empleado del programa RSA? Sí No

Opcional - Divulgue el nombre del familiar o asociado cercano: _____

Fecha de presentación: _____