

Servicios de Rehabilitación Vocacional de Iowa (IVRS)

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE

Para ser elegible para recibir servicios de rehabilitación vocacional, debe tener una discapacidad, que causa problemas importantes para conseguir, prepararse o mantener un empleo, y necesita servicios de rehabilitación vocacional para poder trabajar.

Para determinar si usted es elegible para recibir servicios de rehabilitación vocacional, recopilamos información conforme a la autoridad de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias (Título 29, Art. 701 del Código de Estados Unidos [USC]). Esta ley se aplica para determinar su elegibilidad, la categoría de gravedad de su discapacidad, y para ayudar a desarrollar un plan de servicios para alcanzar un objetivo vocacional adecuado. Su suministro de información es voluntario. Sin embargo, la falta de suministro de la información necesaria puede derivar en la incapacidad de proporcionarle servicios.

A. Entiendo que tengo derecho a:

1. Que tomen una decisión sobre mi elegibilidad dentro de los 60 días siguientes a la solicitud, a menos que esté de acuerdo por escrito para extender el plazo.
2. Una revisión de cualquier decisión que deniegue mi elegibilidad basada en la gravedad de mi discapacidad, en un plazo de 12 meses.
3. Que toda la información proporcionada por mí o por otros a IVRS siglas en inglés sea confidencial. Entiendo que no se requiere una publicación de información para que el IVRS obtenga la información necesaria para cumplir con los requisitos de rendición de cuentas de desempeño del Art. 116 de la Ley de Oportunidades y de Innovación de la Fuerza Laboral (WIOA) o para compartir información con socios estatales o federales que comparten estándares comunes de confi-dencialidad, incluidos el Departamento de Educación de Iowa (Iowa Department of Education), el Departamento de Derechos Humanos de Iowa (Iowa Department of Human Rights), el Desarrollo de la Fuerza de Trabajo de Iowa (Iowa Workforce Development), el Departamento de Servicios Humanos de Iowa (Iowa Department of Human Services), el Departamento de Ciegos de Iowa (Iowa Department for the Blind) y el Consejo de Discapacidades del Desarrollo de Iowa (Iowa Developmental Disabilities Council). Entre los ejemplos se pueden incluir, entre otros, la correspondencia de los registros salariales trimestrales del Estado con el Desarrollo de la Fuerza de Trabajo de Iowa, las discusiones de adaptación relacionadas con mi Plan Individual para el Empleo con personal del programa de capacitación, provee-dores de colocación y empleadores potenciales. Entiendo que la información solo será compartida de acuerdo con todas las leyes y regulaciones federales y estatales, y puede ser compartida por teléfono, correo electrónico, fax, intercambio electrónico de datos y/o correo estadounidense.
4. Entiendo que el IVRS puede acceder a mis registros de salarios y beneficios mediante mi número de seguro social para llevar a cabo el reembolso de los costos de servicio del IVRS de la Administración del Seguro Social. Esta información también puede acelerar una decisión de elegibilidad. IVRS mantendrá la confidencialidad de estos registros. Entiendo que si no quiero que mi número de seguro social se use para las actividades de registro salarial y de beneficios, IVRS seguirá brindándome servicios. Autorizo a IVRS a usar mi número y nombre de seguro social para estos fines.

Sí No

Iniciales del solicitante

Iniciales del tutor (si aplica)

5. Póngase en contacto con el Programa de Asistencia al Cliente (CAP) para obtener ayuda con mis interacciones con IVRS. Para ponerme en contacto, puedo llamarlos al número gratuito 1-800-652-4298, o enviando un correo electrónico a hdr.disabilities@iowa.gov. También puedo comunicarme con ellos escribiendo a CAP, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa, Intervención Temprana y Apoyo, División de Bienestar y Protección Familiar, Lucas State Office Building, 321 E. 12th Street, Des Moines, Iowa, 50319.
6. Apelar cualquier decisión con la que no esté de acuerdo. Mi apelación debe ser presentada dentro de los 90 días siguientes a la decisión. También puedo elegir hablar con el supervisor de mi consejero, donde los desacuerdos a menudo se resuelven rápidamente. O bien, puedo solicitar directamente mediación o una audiencia ante un funcionario de audiencias imparcial. Si opto por discutir las cuestiones con el supervisor y no estoy de acuerdo con esa decisión, entonces puedo solicitar una mediación o una audiencia ante un funcionario de audiencias imparcial. Si elijo una audiencia, enviaré una solicitud por escrito al Administrador, Iowa Vocational Rehabilitation Services, 1000 E. Grand Ave., Des Moines, Iowa, 50319.

7. Los servicios de IVRS se proporcionan conforme a con todas las leyes estatales y federales de derechos civiles aplicables. Entiendo que todos los solicitantes deben ser recibir atención independientemente de la edad, la raza, el credo, el color, el sexo, el origen nacional, la religión, la discapacidad, la ascendencia, la orientación sexual, la identidad de género o la condición de veterano. Si creo que he sido discriminado en base a una de estas razones, me puedo comunicar con el Jefe de la Oficina de Servicios Administrativos, Servicios de Rehabilitación Vocacional de Iowa, 1000 E. Grand Ave., Des Moines, Iowa, 50319, o al teléfono gratuito (800) 532-1486, Ext. 9.

B. Entiendo que si se considera que soy elegible y estoy en una categoría en la que se me deben prestar servicios, tengo derecho a:

1. La asistencia de mi consejero de rehabilitación vocacional y/o de otra persona de mi elección para identificar un objetivo vocacional adecuado y determinar los servicios, las actividades y los proveedores necesarios para alcanzar los objetivos de mi Plan Individual de Empleo (IPE). Si elijo obtener la asistencia de alguien fuera de IVRS, entiendo que mi consejero de rehabilitación vocacional todavía debe determinar si el plan puede contar con el respaldo de IVRS y los fondos de la agencia asignados a mi plan.
2. Revisar, modificar y volver a desarrollar mi IPE siempre que las circunstancias lo requieran.
3. Saber si se me pedirá que participe económicamente en cualquier parte de mi IPE. Mi participación económica dependerá de mis ingresos, de los ingresos de mi familia, si aplican, y de otros recursos a mi disponibilidad.

C. Entiendo que soy responsable de:

1. Ayudar a mi consejero a obtener la información necesaria para determinar si soy elegible para los servicios, la gravedad de mi discapacidad y para evaluar el progreso de mi IPE (por ejemplo, informes de calificaciones, registros médicos, evaluaciones financieras, etc.).
2. Trabajar activamente con mi consejero y/o otros de mi elección, para seleccionar un objetivo vocacional adecuado e identificar los servicios, las actividades y los proveedores necesarios para ayudarme a alcanzar los objetivos en mi IPE. Entiendo que mi IPE no entrará en vigor hasta que tanto mi consejero como yo lo hayamos firmado.
3. Hacer mi parte para hacer avanzar las decisiones del expediente de mi caso de manera oportuna. Entiendo que si las decisiones no se pueden tomar a tiempo, se me pedirá que firme una extensión; y no firmar una extensión podría dar lugar a una decisión desfavorable porque entonces solo se tiene en cuenta la información archivada en la decisión.
4. Informar a mi consejero de cualquier condición que pueda afectar la gravedad de mi discapacidad y/o mi capacidad para completar mi IPE.
5. Acudir a las citas programadas.
6. Informar a mi consejero de cualquier cambio en mi dirección y número de teléfono.
7. Gestionar mi discapacidad para mejorar mis posibilidades de empleo.
8. Solicitar cualquier ayuda económica que pudiera estar disponible para mí de otras fuentes, e informar a mi consejero de los resultados.
9. Participar, al menos anualmente, en una revisión formal de mi IPE.
10. Buscar activamente empleo coherente con mi IPE e informar a mi consejero cuando obtenga empleo.

Se me han explicado estos derechos y responsabilidades y me han dado una copia.

Firma del candidato a puesto

Fecha

Firma del representante de IVRS

Fecha

Firma de padre o tutor

Fecha