

Complete todas las secciones. Si necesita ayuda con este formulario, no dude en pedirla. Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel adicional. También puede cargar esta información en línea en <https://ivrs.iowa.gov/agency-services/apply-services>.

Marque una:

Quien suscribe, o la persona a la que remite, se **considera legalmente ciega o tiene una deficiencia específica de baja visión** que presenta dificultades para prepararse para un empleo, obtenerlo o mantenerlo. Si se da esta situación, **NO** complete este formulario y **póngase en contacto con el Departamento de Ciegos de Iowa llamando al 515-281-1333** para solicitar servicios de rehabilitación vocacional. Los Servicios de Rehabilitación Vocacional de Iowa no pueden trabajar con personas de esta población.

Quien suscribe **remite** a la persona que figura en la siguiente sección para los Servicios de Rehabilitación Vocacional de Iowa. Ingrese su información de contacto a continuación.

Nombre: _____ Teléfono: _____ E-Mail: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

La relación con la persona remitida se detalla a continuación: _____

¿Motivo de la remisión, necesidades de servicio anticipadas u otros comentarios? _____

¿La persona que figura a continuación trabaja actualmente por un salario inferior al mínimo o está considerando trabajar por un salario inferior al mínimo? No Si

Quien suscribe es la persona que figura a continuación. **Le gustaría obtener más información sobre los servicios de rehabilitación vocacional, pero no tiene certeza de si quiere presentar una solicitud en este momento.** (Al recibir este formulario, el IVRS se pondrá en contacto con usted para proporcionarle más información).

Quien suscribe es la persona que figura a continuación y **desea solicitar los servicios de rehabilitación vocacional.** (Al recibir este formulario, el IVRS se pondrá en contacto con usted para programar una cita de admisión).

Información personal del remitido/solicitante:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre preferido: _____ Nombre de soltera u otros nombres utilizados: _____

Domicilio particular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____

E-mail principal: _____ E-mail secundario: _____

Método de comunicación preferido: E-mail Teléfono Retransmisión de vídeo Carta

¿Puede el IVRS enviar mensajes de texto? No Si

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

¿Necesita un intérprete? No Si Idioma: _____

Información de Contacto:

Brinde información de una o dos personas que puedan ayudarnos a ponernos en contacto con usted.

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

¿Tiene un tutor legal **designado por el tribunal**? No Si (En caso afirmativo, brinde la información a continuación).

Nombre: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____



DETÉNGASE AQUÍ: Envíe el formulario a su oficina local de IVRS.

Lleve la siguiente información a la cita

Copias de los documentos necesarios para cumplir con el formulario I-9, Verificación de elegibilidad laboral.

Licencia de conducir, tarjeta de Seguro Social, pasaporte, visa de trabajo, expediente académico (estudiantes de secundaria), etc.

Información sobre su discapacidad

Cuándo comenzó y cómo afecta a su capacidad de trabajo.

Información sobre cualquier tratamiento, anterior o actual

Informes médicos que ya tenga 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 vocacionales, etc. Traiga informes de calificaciones o expedientes académicos, si están disponibles.

Información sobre cualquier trabajo que haya desempeñado

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

Información sobre otros servicios que recibe

Asistencia pública, beneficios del Seguro Social: comprobante de SSI, beneficio del SSDI (es decir, comprobante de cheque, carta de elegibilidad, etc.), Plan de inversión familiar (FIP), etc.

LOS IVRS SOLO USAN:

Fuente de referencia

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 14 (c) Titulares de certificados | <input type="checkbox"/> Organizaciones de cuidados administrados (MCO) |
| <input type="checkbox"/> Programas de educación y alfabetización para adultos | <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios médicos |
| <input type="checkbox"/> Programa de servicios de realidad virtual para indoamericanos | <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Centros para la vida independiente | <input type="checkbox"/> Autorremisión, amigos o familiares |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de servicios, incluidos los CRP | <input type="checkbox"/> Administración del Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Programa del DOL para adultos, trabajadores desplazados y jóvenes | <input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Escuelas primarias y secundarias | <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos o administración de salud |
| <input type="checkbox"/> Instituciones de educación postsecundaria | <input type="checkbox"/> Programa del Servicio de Empleo de Wagner-Peyser |
| <input type="checkbox"/> Empleadores | <input type="checkbox"/> Compensación laboral |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de empleo extendido | <input type="checkbox"/> Otras fuentes |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de servicios para discapacidades intelectuales y del desarrollo | <input type="checkbox"/> Otros programas de desarrollo de la fuerza laboral y del AJC |

Fecha de recepción por el IVRS: _____