

SOLICITUD PARA SERVICIOS PROFESIONALES Y DE EMPLEO

Departamento de Trabajo y Oportunidad Económica de Michigan
Servicios de Rehabilitación de Michigan

Solo para uso de la oficina de MRS
Fecha de Recepción de la Solicitud

Información Personal		
Apellido:	Nombre de Pila:	Segundo Nombre:
Nombre por el que quiere que le llamen:	Apellido Anterior (si corresponde):	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No deseo autoidentificarme Prefiero No Responder	
Dirección Postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Condado:	Correo Electrónico:	
Teléfono Principal: ☐ Voz ☐ TTY ☐ Fax ☐ Celular ☐ Teléfono de Video Ext.		
Teléfono secundario: ☐ Voz ☐ TTY ☐ Fax ☐ Celular ☐ Teléfono de Video Ext.		
¿Cuál es su raza / etnia (marque todas las que correspondan) ☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hispano o Latino ☐ Árabe ☐ Asiático ☐ Mong ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico		
¿Se considera multirracial?	¿Es un veterano?	
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
¿Fue cliente de MRS en el pasado?	¿Cuándo?	¿Cuál oficina?
☐ Sí ☐ No		
¿Ha recibido Servicios de Transición Previos al Empleo (Pre-ETS) de MRS en el pasado?	¿Cuándo?	¿Cuál oficina?
☐ Sí ☐ No		
Sus necesidades		
¿Qué idioma usa la mayor parte del tiempo? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Árabe ☐ Lenguaje de Señas Americano ☐ Otro - Explique:		
¿Qué idioma utiliza para los documentos impresos? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Árabe ☐ Otro - Explique:		
¿Necesita un intérprete, letra grande u otro tipo de ayuda para trabajar con MRS? ☐ Sí ☐ No Explique:		
Características		
Tiene un: - Tutor Legal - Licencia de Conducir de Michigan - Identificación del Estado de Michigan - Permiso de Trabajo	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	Se requiere una copia de los documentos de la tutela. Tipo de permiso:

Nombre del Cliente _____

Características (continuación)		
Estado civil: ☐ Soltero / Nunca Casado ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo		
¿Es usted un votante registrado? ☐ Sí ☐ No ¿Le gustaría registrarse para votar? ☐ Sí ☐ No		
¿Eres ciudadano de los Estados Unidos?		☐ Sí ☐ No
Si no, ¿tiene una visa de trabajo?		☐ Sí ☐ No Por favor traiga a su primera cita
Información sobre Discapacidad		
¿Cuál es su discapacidad física o mental? (Ejemplos: depresión, ansiedad, abuso de sustancias, discapacidad de aprendizaje, ADD, ADHD, parálisis cerebral, artritis, etc.)	Primaria o Principal	Discapacidad Secundaria u Otra Discapacidad
¿Su discapacidad afecta su capacidad para:		
☐ Estar de pie ☐ Caminar ☐ Sentarse ☐ Levantarse ☐ Doblarse ☐ Ver ☐ Escuchar ☐ Leer ☐ Escribir ☐ Usar las manos o los pies ☐ Concentrarse ☐ Recordar ☐ Aprender ☐ Comprender ☐ Manejar el estrés ☐ Comunicarse ☐ Controlar las emociones ☐ Trabajar con otros ☐ Otro - Explique:		
Información Básica		
¿Cuál es su arreglo de vida actual?		
☐ Instalación correccional para adultos / jóvenes ☐ Comunidad Residencial / Albergue ☐ Media Casa de Transición ☐ Sin hogar / Refugio ☐ Centro de salud mental ☐ Residencia para ancianos ☐ Residencia privada (solo solicitante, con familia o con otra persona) ☐ Centro de Rehabilitación ☐ Centro de tratamiento por abuso de sustancias ☐ Otro:		
¿Cuál es su cobertura médica actual? (Por favor marque todos los que apliquen.)		
☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Ley de Atención Médica Asequible ☐ Ninguno ☐ Seguro privado mediante empleo propio Proveedor: ☐ Aún no elegible para un seguro privado a través del empleador actual ☐ Seguro privado por otros medios (Ejemplo: el seguro lo proporciona un padre o un cónyuge). Nombre de la compañía de seguros: ☐ Seguro público de otra fuente. Nombre de la Compañía de Seguros:		
¿Está actualmente inscrito en la escuela?		Si es así, ¿cuál es su fecha de graduación prevista?
☐ Sí ☐ No		
¿Cómo se enteró de MRS (remitido por)?		
Ingresos		
¿Cuál es su principal fuente de ingresos?		
☐ Ingresos personales (ingresos laborales, dividendos de intereses, alquiler, jubilación, incluyendo el Seguro Social) ☐ Ayuda Público (SSI, SSDI, TANF, etc.) Explique: ☐ Familia y amigos ☐ Agencia de ayuda privada ☐ Institución pública - Respaldado con Impuestos ☐ Compensación Laboral ☐ Todas las demás fuentes (Ej., Seguros privados por discapacidad y organizaciones benéficas privadas)		

Nombre del Cliente _____

<i>(Marque Sí o No e ingrese el monto mensual, si corresponde)</i>			
Recibes:	Sí (✓)	No (✓)	Monto Mensual
Seguro de discapacidad del Seguro Social (SSDI)	☐	☐	
Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)	☐	☐	
Programa de Independencia Familiar (FIP) también conocido como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	☐	☐	
Si la respuesta es sí, ¿se quedará sin TANF dentro de 2 años?	☐	☐	
Asistencia Estatal para Discapacitados (SDA) también conocida como Asistencia General (GA) en algunas áreas	☐	☐	
Beneficios del Seguro de Desempleo	☐	☐	
Discapacidad para Veteranos (VA)	☐	☐	
Compensación Laboral	☐	☐	
Otros tipos de Ayuda Pública (ejemplos: pagos del gobierno para beneficios de jubilación o sobrevivientes, ayuda para hijos dependientes, etc.)	☐	☐	
Otros Ingresos por Discapacidad: ☐ Discapacidad a Largo Plazo (LTD) ☐ Respecto de la Responsabilidad Objetiva	☐	☐	
Ingresos No Monetarios: Asistencia Alimentaria (también conocida como Tarjeta Electrónica de Beneficios)	☐	☐	

Entiendo que:

- El propósito de recibir servicios de rehabilitación profesional es ayudarme a conseguir o conservar un empleo.
- Debo ser considerado elegible para los servicios que necesito.
- La Administración del Seguro Social puede proporcionarle al MRS toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad y verificar mi identidad.
- El MRS puede comunicarse conmigo durante o después de que se haya cerrado mi caso para brindarme la oportunidad de compartir mi experiencia sobre el programa.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal, si corresponde

Fecha

La solicitud ha sido revisada y se han discutido sus derechos y responsabilidades.

Firma (Asesor(a) del MRS)

Fecha