|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Texas Workforce Solutions logo | **Servicios Vocacionales de Rehabilitación** **Comisión de la Fuerza Laboral de Texas****Declaración de Solicitud para el Programa de ILS-OIB** | | | |
| Servicios de Vida Independiente Para Adultos Mayors Ciegos (ILS-OIB)  Con pocas excepciones, tiene derecho, al pedirlo, a que se le informe acerca de información que Servicios Vocacionales de Rehabilitación Soluciones de la Fuerza Laboral de Texas (TWS/VRS) recopila acerca de usted. También tiene derecho a recibir y examinar la información, y a que la TWS/VRS corrija información acerca de usted que sea incorrecta (Sections 552.021, 552.023, and 559.004 del Código Gubernamental) | | | | |
| Información del Solicitante | | | | |
| Apellido: | | | Nombre: | |
| Inicial: | | | Número de Seguro Social: | |
| Estoy solicitando servicios. Mi firma a continuación certifica lo siguiente. | | | | |
| Resultado del Servicio | | | | |
| Estoy solicitando servicios de vida independiente para personas mayores ciegas con el fin de seguir viviendo de la forma más independiente posible. | | | | |
| Derechos | | | | |
| * He recibido una copia de“**Sus Derechos**,” que tiene información acerca de mis derechos y responsabilidades. He leído y entiendo el contenido. * Se me han explicado la disponibilidad y fin del Programa de Asistencia al Cliente.  Entiendo que la información de contacto para CAP se encuentra en mi copia de “**Sus Derechos**.” | | | | |
| Recursos Financieros | | | | |
| Se me han explicado las reglas sobre la participación del cliente en el costo de los servicios.  Al proporcionarle información a TWS/VRS acerca de los recursos económicos de mi familiah he proporcionado información cierta y correcta. | | | | |
| Permiso Para Recopilar y Recibir Información Confidencial | | | | |
| Entiendo que TWS/VRS está autorizado para recopilar cierta información medica y/o personal y familiar para determinar elegibilidad y para crear un plan de servicio. He recibido y firmado una renuncia para este fin y entiendo que ella,  (1) puede ser revocada en cualquier momento con excepción de cosas que ya se hayan hecho en base a este consentimiento,  y (2) se vence automáticamente cuando la persona sobre la cual se está recopilando información ya no estés solicitando o recibiendo servicios de TWS/VRS. , | | | | |
| Firmas | | | | |
| Nombre del solicitante: | | Firma del solicitante:  **X** | | Fecha: |
| Escribir el nombre del tutor y/o representante con letra de imprenta (si aplica): | | Firma del tutor y/o representante:  **X** | | Fecha: |
| Escribir el nombre del representante de TWS/VRS con letra de imprenta: | | Firma del representante de TWS/VRS:  **X** | | Fecha: |
| Escribir el nombre del testigo (si una de las personas anteriores firma con una marca): | | Firma del testigo:  **X** | | Fecha:       f orm |