



Texas Workforce Commission
Servicios de Rehabilitación Vocacional
Solicitud de servicios

Información de contacto inicial

Fecha del primer contacto:		Fecha del contacto inicial sin asignación de caso:		
Número de seguro social:		Fecha del contacto inicial con asignación de caso:		
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:
Prefijo:	Nombre preferido:		Fecha de nacimiento:	
Sin hogar/fugado: El individuo no cumple la definición de sin hogar El individuo no cumple la definición de sin hogar El participante no se autoidentificó				
Dirección:			Código postal:	Sufijo del código postal: Estado:
Ciudad:			Condado:	
Área local de Desarrollo de la Fuerza Laboral:				
Teléfono principal: () Ext:	Tipo: Compañía telefónica:	Teléfono 2: () Ext:		Tipo: Compañía telefónica:
Teléfono 3: () Ext:	Tipo: Compañía telefónica:	Teléfono 4: () Ext:		Tipo: Compañía telefónica:
Método principal de reunión preferido: Cara a cara Teléfono Virtual No Seleccionó/Divulgó No Aplicable		Método secundario preferido de reunión: Cara a cara Teléfono Virtual No seleccionó/divulgó No aplicable		

Método terciario de reunión preferido: Cara a cara Teléfono Virtual No seleccionó/divulgó No aplicable	Método preferido de contacto continuo: Correo electrónico Texto Teléfono Correo postal
El cliente tiene Internet: Sí No El cliente tiene una computadora/portátil: Sí No El cliente puede realizar una videoconferencia: Sí No	
Dirección IP de la retransmisión de video:	
Correo electrónico principal 1: Tipo:	Correo electrónico 2: Tipo:
Correo electrónico 3: Tipo:	Correo 4: Tipo:
Otro:	
Actualmente inscrito : No en este momento Grados 7-12 Escuela privada 7-12 Escuela en casa 7-12 Grados K-6 Escuela privada K-6 Escuela en casa K-6 Programa para mayores de 18 años en la escuela secundaria Programa GED Universidad de 2 años Universidad de 4 años Escuela de posgrado- Máster Escuela de posgrado- Doctorado Escuela vocacional para certificación industrial Formación vocacional no conducente a una credencial Formación- Aprendizaje registrado por el Departamento de Trabajo de EE. UU. (DOL)	
Plan de Educación Individualizado: Sí No No indicó	
Plan 504: Sí No No indicó	
Nivel de educación en el contacto inicial:	
Víctima de desastre/incidente: Sí No Pérdida de empleo por COVID-19 Retraso en el servicio de VR/OIB por COVID-19 Tormenta invernal de 2021 Incidente masivo en Robb Elementary-Uvalde	

Indicadores demográficos:			
☐ Lesiones cerebrales adquiridas (incluyendo lesión cerebral traumática e ictus)			
☐ Rehabilitación vocacional para ciegos ☐ Sordos / Hipoacúsicos ☐ Sordociegos			
☐ Servicios de vida independiente para personas mayores ciegas (OIB)			
☐ Personas con movilidad reducida			
☐ Salud mental/abuso de sustancias ☐ Rehabilitación vocacional general ☐ Neurodesarrollo			
☐ Perceptor del salario mínimo de una 14c ☐ Lesión medular (SCI) ☐ Veterano de guerra			
☐ Transición a VRS			
Raza y etnia : Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hispano o latino Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Blanco No se autoidentificó (esta opción no está disponible para los menores de 18 años)			
Tarjeta de grado certificado de ancestros indígenas por sangre: Sí No Si la respuesta es sí, Programas para indígenas o nativos estadounidenses:			
Estrategia de servicios de VR solicitada: Preparación para el empleo Obtención de empleo Mantener el empleo Avanzar en el empleo Explorar otros servicios para ciegos Solo servicios de transición previos al empleo Solo otros servicios para ciegos Asesoramiento profesional solo para clientes de 511			
Resultado previsto del empleo: Integración Laboral Competitiva Autoempleo Empleo con apoyo Autoempleo con apoyo			
¿Cómo podemos ayudarle?			
Fuente de remisión			
Categoría de remisión: Instituciones educativas-públicas o privadas Agencias y organizaciones públicas Organizaciones privadas y particulares Hospitales y organizaciones de salud-públicas o privadas			
Fuente de remisión:			
Nombre de la fuente de remisión:			
Dirección de la fuente de remisión:		Código postal:	Estado:
Ciudad:		Condado:	
Número de teléfono de la fuente de remisión: ()	Ext:		Tipo:

Iniciar mi Número de billete de VR:	
Información personal	
No contactar para encuestas ☐	
Sexo: Femenino Masculino Prefiere no responder/No divulgo	
Situación de vivienda:	Preparación laboral: Sí No
Licencia de conducir o número de identificación estatal:	Estado:
Preferencia de idioma:	Estudiante del idioma inglés:
Preferencia de medios:	
El cliente puede necesitar tecnología de asistencia o rehabilitación Sí No	
Demanda pendiente: Sí No	
El cliente tiene barreras relacionadas con un arresto, condena u otro delito o acto delictivo: No lo ha revelado No Sí	Alojado en una cárcel o prisión en el momento de la solicitud: Sí No Si procede, fecha de puesta en libertad:
Fecha en la que se ofreció asistencia para el registro de votantes al cliente (Referencia VR1680):	
Inmigración	
¿El cliente es un ciudadano estadounidense?	Sí No
¿El cliente es un extranjero inmigrante?	Sí No
¿El cliente tiene un permiso de trabajo?	Sí No
Verificación de I9	
Tipo de lista de documentos (Lista A, B y/o C):	
Documento(s) proporcionado(s):	
¿Los documentos proporcionados tienen una fecha de vencimiento? Sí No Si la respuesta es sí, indicar la fecha de vencimiento:	
Inactivar documento proporcionado:	
Motivo de la desactivación del documento:	
Seguro	

Sin seguro Medicaid Medicare Seguro privado a través del empleo propio Seguro privado a través del empleador está pendiente Seguro privado por otros medios CHIP Texas Healthy Kids Niños con necesidades especiales de cuidado de la salud (CSHCN) Seguro público por medios federales Seguro público por otros medios		
Categoría de Medicaid		
Número de Medicaid:	Fuente de verificación y estado:	Fecha de verificación:
Empleo		
Estado (seleccione uno): Integración Laboral Competitiva Trabajador independiente Programa de Empresas Comerciales de Ley Randolph-Sheppard Empleado: Programa de Empresas Comerciales administrado por una Agencia del Estado Empleado: Empleo prolongado Empleado pero ha recibido un aviso de despido Empleado: Miembro de servicio de transición Desempleado: Estudiante de educación secundaria Desempleado: Todos los demás estudiantes Desempleado: Estudiante, pasante o voluntario Desempleado: Otro		
Empleado sin remuneración: Sí No		
Reseña del caso de situación laboral (con empleo): Conservación del empleo Promoción profesional No aplicable		
Compensación para Trabajadores		
¿El cliente está solicitando los servicios debido a una lesión sufrida en el trabajo? Sí No		
¿El cliente tiene en la actualidad un caso de indemnización laboral, es decir, recibe beneficios médicos o de ingresos, o ambos? Sí No En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda a continuación: ☐ División de Compensación para Trabajadores de Texas ☐ Compensación Federal para Trabajadores ☐ Agencia de compensación para trabajadores que no sea de Texas o federal		
Reseña del caso de situación laboral (no trabaja)		
¿Ha trabajado alguna vez?	Sí No	
¿Su discapacidad ha afectado o afectará su posibilidad de obtener un empleo?	Sí No	

¿Ha perdido un empleo debido a su discapacidad?	Sí	No
¿Ha interferido o interferirá su discapacidad en la formación u otra preparación para un trabajo?	Sí	No
¿Su discapacidad ha generado o generará la necesidad de asistencia especial para desempeñar las funciones laborales?	Sí	No
¿Qué servicios necesita?		
Comentarios:		
Reseña del caso de situación laboral (con empleo)		
¿Corre peligro de perder su empleo debido a que su discapacidad afecta el desempeño de las funciones laborales fundamentales?	Sí	No
¿Necesita servicios, asistencia especial o modificaciones para mantener su empleo?	Sí	No
¿Cree que su empleo actual es inferior a sus habilidades?	Sí	No
¿Interfiere su discapacidad en el mantenimiento de su trabajo?	Sí	No
¿Qué servicios necesita?		
Comentarios:		
Póliza de seguro		
Compañía de seguros 1:		
Número de póliza:	Número de grupo:	
Compañía de seguros 2:		
Número de póliza:	Número de grupo:	
Compañía de seguros 3:		
Número de póliza:	Número de grupo:	
Información para veteranos		
Condición de veterano No divulgado Veterano con baja deshonrosa Veterano- Cualquier baja que no sea deshonrosa No es veterano		
Militar activo:	Sí	No
Código postal del estado militar:		

Miembro de servicio de transición: Sí No		
Servicios de veteranos recibidos: Sí No		
Condición de veterano elegible:		
Veterano discapacitado: Sí No		
Fecha de separación militar efectiva:		
Información sobre el historial laboral		
¿Ha trabajado alguna vez el cliente? Sí No Si la respuesta es no, pase a la siguiente sección.		
Nombre del empleador 1:		
Fecha de contratación (mes, día y año):		
Ocupación:		
Fecha de finalización (mes, día y año):		
Número de meses de empleo:		
¿Esta es una experiencia laboral de prueba? Sí No		
Tipo de trabajo de prueba:		
¿El trabajo de prueba fue un éxito? Sí No		
Motivo para irse:		
Dirección del empleador:		Código postal: Estado:
Ciudad:	Condado:	
Número de teléfono: () Ext:	Tipo:	
Nombre del empleador 2:		
Fecha de contratación (mes, día y año):		
Ocupación:		
Fecha de finalización (mes, día y año):		
Número de meses de empleo:		
¿Esta es una experiencia laboral de prueba? Sí No		
Tipo de trabajo de prueba:		
¿El trabajo de prueba fue un éxito? Sí No		
Motivo para irse:		
Dirección del empleador:		Código postal: Estado:

Ciudad:		Condado:	
Número de teléfono: () Ext:		Tipo:	
Nombre del empleador 3:			
Fecha de contratación (mes, día y año):			
Ocupación:			
Fecha de finalización (mes, día y año):			
Número de meses de empleo:			
¿Esta es una experiencia laboral de prueba? Sí No			
Tipo de trabajo de prueba:			
¿El trabajo de prueba fue un éxito? Sí No			
Motivo para irse:			
Dirección del empleador:		Código postal:	Estado:
Ciudad:		Condado:	
Número de teléfono: () Ext:		Tipo:	
Información sobre el empleo actual (complete solo si está empleado en el momento de la solicitud)			
Cargo:			
Tipo de ganancia: Semanal Por hora Quincenal Mensual			
Horas semanales trabajadas:		Ingresos brutos semanales, por hora, quincenales o mensuales:	
Fecha de contratación (mes, día y año):			
Fecha de finalización del empleo:		¿Es un empleo federal? Sí No	
Nombre del empleador:			
Dirección del empleador:		Código postal:	Estado:
Ciudad:		Condado:	
Número de teléfono: () Ext:		Tipo:	
URL del sitio web:		Correo electrónico:	
Información adicional o comentarios del empleado:			

Fuente de información:	¿Es posible comunicarse con el empleador? Sí No	
¿Empleado sin remuneración? Sí No		
Información financiera mensual		
☐ El cliente se negó a revelar información financiera.		
Recursos económicos		
Salario neto:		
Ingresos netos si trabaja por cuenta propia:		
Total de ahorros y activos líquidos (incluye ahorros, acciones, bonos, etc. del cliente, cónyuge y padre o madre, si están a su cargo):		
Ingresos personales		
Horas semanales trabajadas:		
Ingresos brutos semanales: \$	Salario bruto quincenal: \$	
Salario por hora: \$	Ingreso bruto mensual: \$	
Manutención de los hijos: \$	Intereses, dividendos, fideicomisos y regalías: \$	
Ahorros (indique monto mensual utilizado para el ahorro): \$	Ingresos por alquiler: \$	
Pensión o anualidades: \$	Otros ingresos de clientes (otros ingresos no incluidos en las categorías anteriores): \$	
Ayuda pública		
Beneficiario de beca Pell: Sí No		
TANF \$	Agotar la TANF en dos años: Sí No	
Asistencia general (Incluye pagos del gobierno estatal o local): \$	Compensación para trabajadores:	
Compensación por desempleo: \$	Beneficio por discapacidad para veteranos: \$	
Otra asistencia pública de "beneficio monetario" no indicada: \$	Apoyo no monetario: \$	
Apoyo de familiares y amigos		
Ingresos netos de familia y amigos (cónyuge/padre/madre/tutor/hijos/amigo, incluyendo ingresos, salarios o asistencia pública u otros recursos): \$		
Todo apoyo no monetario en especie de familia y amigos: Sí No		
Ayuda de otras fuentes		
Seguro privado por discapacidad / organizaciones benéficas: \$		
Cualquier ayuda en especie o no monetaria de una organización benéfica: Sí No		
Ajustes a los ingresos		

Hipoteca/renta: \$	Otros gastos (incluso médicos o legales) \$		
Embargo gubernamental: \$	Embargo de la manutención de los hijos: \$		
Pensiones			
Cantidad de dependientes (cantidad de individuos que dependen de los ingresos y activos líquidos del cliente y/o la familia):			
Motivo de la actualización:			
Beneficios del Seguro Social			
Beneficios de Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI)- Elegibilidad presunta para servicios de VR			
¿Recibe beneficios de SSI para adultos discapacitados/ciegos? Sí No			
¿Recibe Medicaid 1619b? Sí No			
¿Recibe beneficios de SSI para la infancia? Sí No			
Beneficios por discapacidad del Título II- Elegibilidad presunta para los servicios de VR			
¿Recibe beneficios del Seguro de Discapacidad del Seguro Social del Título II? Sí No			
¿Recibe beneficios de beneficiario por discapacidad infantil/adulto discapacitado del Título II? Sí No			
¿Recibe beneficios de viudedad para discapacitados del Título II? Sí No			
Pago en exceso			
¿Tiene un pago en exceso de un beneficio del Seguro Social? Sí No			
¿Tiene un pago en exceso de un beneficio por discapacidad del Título II? Sí No			
¿Paga una cantidad mensual al Seguro Social? Sí No			
Otros beneficios del Seguro Social- NO presuntamente elegible para servicios de VR			
¿Recibe beneficios de SSI para adultos mayores? Sí No			
¿Recibe beneficios en metálico del Título II (solo jóvenes menores de 18 años)? Sí No			
¿Recibe beneficios de jubilación del Seguro Social? Sí No			
Boleto para trabajar			
¿Tiene boleto para trabajar? Sí No			
¿Está trabajando con un proveedor para encontrar empleo? Sí No			
Nombre del proveedor:			
Contacto del proveedor:			
Solicitud de información			
Nombre de fuente 1:		Desde la fecha:	Hasta la fecha:
Dirección:		Código postal:	Estado:

Ciudad:		Condado:	
Teléfono 1: () Ext:	Tipo:	Teléfono 2: () Ext:	Tipo:
Teléfono 3: () Ext:	Tipo:	Teléfono 4: () Ext:	Tipo:
Correo electrónico de la fuente:			
Página web de la fuente:			
Comentarios:			
Nombre de fuente 2:		Desde la fecha:	Hasta la fecha:
Dirección:		Código postal:	Estado:
Ciudad:		Condado:	
Teléfono 1: () Ext:	Tipo:	Teléfono 2: () Ext:	Tipo:
Teléfono 3: () Ext:	Tipo:	Teléfono 4: () Ext:	Tipo:
Correo electrónico de la fuente:			
Página web de la fuente:			
Comentarios:			
Nombre de fuente 3:		Desde la fecha:	Hasta la fecha:
Dirección:		Código postal:	Estado:
Ciudad:		Condado:	
Teléfono 1: () Ext:	Tipo:	Teléfono 2: () Ext:	Tipo:
Teléfono 3: () Ext:	Tipo:	Teléfono 4: () Ext:	Tipo:
Correo electrónico de la fuente:			
Página web de la fuente:			
Comentarios:			