

Declaración de solicitud

Yo, el solicitante, confirmo que

- comprendo que solicito servicios de rehabilitación vocacional conducentes a un resultado laboral;
- entiendo que la ley de Texas exige que toda la información financiera que proporcione a la agencia debe ser completa y exacta;
- acepto participar en todas las evaluaciones que son necesarias para determinar mi elegibilidad para los servicios;
- he recibido copias de los folletos del programa que incluyen información sobre el proceso de solicitud de la agencia, el proceso de apelación, los procedimientos de mediación y la disponibilidad del Programa de Asistencia al Cliente;
- entiendo que la agencia tiene derecho a solicitar el reembolso de los servicios adquiridos para mí si recibo una sentencia o un acuerdo del seguro como resultado de una demanda, reclamación u otra acción legal relacionada con mi discapacidad; y
- entiendo que mi Boleto para trabajar será asignado a la agencia por la Administración del Seguro Social (SSA) una vez que firme mi Plan Individualizado de Empleo (IPE). Antes de firmar mi IPE, puedo solicitar información sobre mis opciones de Boleto para trabajar.

Firmas

Firma del solicitante: X	Nombre del solicitante:	Fecha:
Firma de padre/madre, tutor y/o representante (si corresponde): X	Nombre de padre/madre, tutor y/o representante (si corresponde):	Fecha:
Firma del representante de VR: X	Nombre del representante de VR:	Fecha:
Firma del testigo (si uno de los anteriores firma con una marca): X	Nombre del testigo (si uno de los anteriores firma con una marca):	Fecha: