Por favor complete el formulario y envíe a:

Universidad del Estado de Nueva York
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO
Oficina de Servicios de Carrera Profesional y de Educación Continua – Rehabilitación Vocacional
(Adult Career and Continuing Education Services-Vocational Rehabilitation, ACCES-VR)

Formulario para servicios VR

VR-04 (7/14)

Complete todos los espacios en letra de imprenta o máquina de escribir

NOMBRE Apellido *nombre*	*Nombre*	*Inicial del segundo*		SEXO ☐ Masculino ☐ Femenino
Si es conocido con **otro nombre,** escríbalo aquí:	*Apellido*	*Nombre*	*Inicial del segundo nombre*	
DIRECCIÓN PARTICULAR	*Calle*		*Número de apartamento*	
Ciudad	*Estado*	*Código postal +4*	*Condado*	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Si su **DIRECCIÓN POSTAL** es diferente a su dirección particular, por favor complete la siguiente información de dirección postal.				
DIRECCIÓN POSTAL	*Calle*		*Número de apartamento*	
Ciudad	*Estado*	*Código postal +4*	*Condado*	

NÚMERO(S) DE TELÉFONO *donde podamos contactarlo o dejar un mensaje:* *Código de área* 1. ( ) - *Particular* ☐ *Celular* ☐ *Otro* ☐ *Código de área* 2. ( ) - *Particular* ☐ *Celular* ☐ *Otro* ☐ *Correo electrónico:*_____	*Mejor hora para llamarle* 1. 2.	FECHA DE NACIMIENTO Mes Día Año ☐☐-☐☐-☐☐

Raza/grupo étnico-Elija TODOS los que apliquen. Si lo deja en blanco, ACCES lo completará. Si selecciona hispano o latino, por favor elija una casilla adicional.	☐ Nativo de Estados Unidos o nativo de Alaska ☐ Asiático (incluye Subcontinente Indio) ☐ Negro o afroamericano	☐ Hispano o latino ☐ Nativo hawaiano u de otra Isla del Pacífico ☐ Blanco

¿Cuál es su discapacidad?	¿Quién lo remitió a nosotros?	ESTADO CIVIL: (Encerrar en círculo) (1) Casado(a); (2) Viudo(a); (3) Divorciado(a) (4) Separado(a) (5) Nunca se ha casado

Por medio de la presente solicito servicios de rehabilitación: *Firma del solicitante, padre o tutor legal.*
*Fecha*_____

X *(Firme aquí).*

• • • Por favor responda las preguntas a continuación y al reverso de este formulario. • • •

No tiene que responder estas preguntas ahora, pero sus respuestas ayudarán a ACCES-VR a tramitar su solicitud.

¿Ha recibido servicios de ACCES-VR (anteriormente conocida como Oficina de Servicios Vocacionales y Educativos para Individuos con Discapacidades (Vocational and Educational Services for Individuals with Disabilities)?... ☐ Sí ☐ No

¿Actualmente recibe servicios de *una* o *más* agencias? ☐ Sí ☐ No

Si responde sí, indique el nombre, dirección y persona de contacto de cada una:

(1)

(2)

Describa de qué manera su discapacidad limita su habilidad para trabajar.

¿Qué servicios desea recibir de ACCES-VR?

¿Es discapacitado a causa de un accidente laboral? ☐ Sí ☐ No

¿Usa algún dispositivo de ayuda? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene licencia de conducir del Estado de Nueva York? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene licencia de conducir de un estado aparte de Nueva York? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene acceso a un vehículo automotor? ☐ Sí ☐ No

¿Usa el transporte público? ☐ Sí ☐ No

¿Puede salir de su casa? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted veterano? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Si no lo es, ¿puede trabajar legalmente en este país? ☐ Sí ☐ No

Seleccione los beneficios que recibe ahora ☐ SSI ☐ SSDI ☐ Indemnización laboral

☐ Otro, especifique_____

¿Acude a un médico o clínica periódicamente en relación a su discapacidad? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo indique la fecha de, su última consulta: _____

Por favor indique el nombre y dirección del médico(s) y clínica(s):

(1) (2)

Encierre en círculo el grado más alto que ha completado exitosamente y seleccione la(s) casilla(s) correspondiente(s)

1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12	13 14 15 16	17	20
Educación general o Secundaria	Diploma de equivalencia ☐ Sí ☐ No	Universidad	Postgrado	Doctorado

Educación especial ☐ Sí ☐ No ¿Asiste actualmente a la secundaria? ☐ Sí ☐ No Indique el título(s) universitario obtenido: _____

Nombre y dirección de la última escuela a la que asistió: *Nombre de la escuela* *Dirección*

Enumere a continuación a los miembros de su familia

Nombre completo	Edad	Parentesco con usted

Enumere a continuación a las personas que ACCES-VR puede contactar en caso de no poder contactarlo a usted usando la información de la página 1.

Nombre	Dirección	Teléfono

Enumere a continuación su historial laboral (incluya otras hojas para empleos adicionales, de ser necesario)

Nombre y dirección del empleador	Fecha de empleo Desde - Hasta	Ingresos semanales	Cargo y función y Motivo de renuncia

Las personas que soliciten o reciban servicios de rehabilitación tienen el derecho a que se revise cualquier medida o decisión tomada por esta Oficina. La descripción del proceso y el formulario para revista se puede obtener en cualquier oficina regional de ACCES-VR.

Toda la información será confidencial y está sujeta a verificación.

El Departamento de Educación del Estado no discrimina por motivo de edad, color de la piel, religión, creencia, discapacidad, estado civil, condición de veterano, origen nacional, raza, sexo, predisposición genética o estado de portador ni orientación sexual en sus reclutamientos, programas, servicios y actividades educativas. Se pueden proporcionar secciones de cualquier publicación prevista para distribución en una variedad de formatos, entre otros Braille, letra grande o grabación de sonido. Cualquier pregunta en relación a esta política de no discriminación deberá dirigirse a la Oficina de Administración de Recursos Humanos a: Office of Human Resources Management , Room 528 EB, Education Building, Albany, NY 12234. Las solicitudes de publicaciones deberán hacerse a la Oficina de Ventas de Publicaciones del Departamento: Publications Sales Desk, Room 309, Education Building, Albany, NY 12234.