



Referido de Rehabilitación Vocacional

Rehabilitación Vocacional (VR) está aquí para ayudar a personas con discapacidades a obtener, avanzar o mantener un empleo.

Fecha de Referido _____

Nombre (Letra Imprenta)		Fecha de Nacimiento	Número do Seguro Social (SSN)*	
Dirección (Domicilio)		Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección (Correo)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cell		Nombre de un contacto		
¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted? (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____		Teléfono de un contacto		
		Correo electrónico de un contacto		
¿Puede VR dejar un mensaje al número de arriba? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No quiere revelar o identificarse		
Su Correo Electrónico		¿Ha recibido servicios de VR? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Estado Civil <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Educación		
Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No quiere revelar o identificarse		Raza (Marque todas las que aplican) <input type="checkbox"/> Nativo Estadounidense/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano Estadounidense <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> No quiere revelar o identificarse		
Acomodaciones				
¿Necesita un intérprete del lenguaje de señas? <input type="checkbox"/> Si, ASL <input type="checkbox"/> Si otro, especifique el lenguaje: _____				
¿Necesita dispositivos para mejorar la audición? <input type="checkbox"/> Si				
¿Necesita documentos traducidos? <input type="checkbox"/> Si				
¿Necesita alguna otra acomodación para su impedimento? <input type="checkbox"/> Si Por favor explique: _____				
¿Qué le impide trabajar?				
¿Cómo puede VR ayudarle a ser empleado?				
Escuela/Colegio al que asiste:				
¿Cómo se enteró de nosotros?				
Agencia/Jurisprudencia/Escuela:				
Nombre del Contacto:		Número de Teléfono:		

Favor de enviar por correo o entregar la solicitud del referido a la oficina de VR más cercana. Si desea una lista de las oficinas, visite: www.rehabworks.org luego vaya a "Contact Us" y seleccione "Directory of Local VR Offices and Vendors" (Directorio de las Oficinas de VR y Vendedores locales); o para más información usted puede llamar a nuestra línea gratuita al 1-(800)-451-4327.

* La División está solicitando su SSN para informes federales obligatorios requeridos por 34 C.F.R. §361.12 y RSA PD-16-04.

Para uso de oficina	Received Date : _____	Outcome of Referral <input type="checkbox"/> Completed Application <input type="checkbox"/> Decided not to apply <input type="checkbox"/> Missed Orientation <input type="checkbox"/> Other _____
	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Fax	
	Contact Date: _____ Contacted by: _____ <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Letter <input type="checkbox"/> In Person	
	Orientation Scheduled: <input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Individual Date: _____	
Additional Notes: _____		

local street address line 1 • city, state, zip • phone • Fax: fax number