

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 <i>Apellido</i> Nombre <i>Nombre</i> Inicial del segundo <i>Inicial del segundo</i>			SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Si es conocido con otro nombre , escríbalo aquí: <i>Apellido</i> <i>Nombre</i> <i>Inicial del segundo nombre</i>					
DIRECCIÓN PARTICULAR <i>Calle</i> <i>Número de apartamento</i>					
<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal +4</i>	<i>Condado</i>	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 <i>Calle</i> <i>Número de apartamento</i>					
<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal +4</i>	<i>Condado</i>		
NÚMERO(S) DE TELÉFONO <i>donde podamos contactarlo o dejar un mensaje:</i>			<i>Mejor hora para llamarle</i>	FECHA DE NACIMIENTO	
<i>Código de área</i>	<i>Código de área</i>		1.	Mes Día Año	
1. () -	2. () -		2.	□□□-□□-□□□	
<i>Particular</i> <input type="checkbox"/> <i>Celular</i> <input type="checkbox"/> <i>Otro</i> <input type="checkbox"/>	<i>Particular</i> <input type="checkbox"/> <i>Celular</i> <input type="checkbox"/> <i>Otro</i> <input type="checkbox"/>				
<i>Correo electrónico:</i> _____					
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.		<input type="checkbox"/> Nativo de Estados Unidos o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático (incluye Subcontinente Indio) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> 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: <i>Fecha</i> _____		<i>Firma del solicitante, padre o tutor legal.</i>			
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))?... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente recibe servicios de una o más agencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 Educación general o Secundaria 13 14 15 16 17 20
 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.