

<b>Nombre</b>	<i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i>	<i>Inicial del segundo nombre</i>	<b>GÉNERO</b>	
				Masculino      Femenino      Género X/No desea autoidentificarse	
Si se le ha conocido por <b>otro nombre</b> , introdúzcalo aquí:				<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b>	
	<i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i>	<i>Inicial del segundo nombre</i>		
<b>DIRECCIÓN DEL DOMICILIO</b>	<i>Calle</i>		<i>Número de apartamento</i>		
	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>	<i>Condado</i>	
Si su <b>DIRECCIÓN POSTAL</b> es diferente a la de su domicilio, complete los datos de la dirección postal que se indican a continuación.					
<b>DIRECCIÓN POSTAL</b>	<i>Calle</i>		<i>Número de apartamento</i>		
	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>	<i>Condado</i>	
<b>Seleccione la Oficina VR de la que le gustaría recibir los servicios:</b>					
<b>Idioma preferido:</b>					
<b>NÚMERO(S) DE TELÉFONO</b> <i>donde podamos localizarle o dejarle un mensaje:</i>					
<i>Código de Área</i>	<i>Número de teléfono</i>	<i>Mejor hora para llamar</i>	<i>Tipo de teléfono</i>	<i>Correo electrónico:</i>	
1. (    )				_____	
2. (    )					
<b>Raza/etnia-Elija TODAS las que correspondan.</b>				<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> Mes    Día    Año	
<i>Si se deja en blanco ACCES lo completará. Si se marca Hispano o Latino, por favor marque la casilla adicional.</i>					
Indio Americano o Nativo de Alaska		Hispano or Latino			
Asiáticos (incluye el Subcontinente Indio)		Nativo de Hawai u Otra isla del Pacífico			
Negro o Afroamericano		Blanco			
<b>¿Cuál es su discapacidad?</b>					
<b>¿Quién le remitió a nosotros?</b>			<b>ESTADO MARITAL: (Marque la casilla)</b>		
			Casado	Viudo	Divorciado
			Separado	Nunca casado	
<b>Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda en este momento; si no puede, se revisarán cuando se procese su solicitud.</b>					
¿Trabaja actualmente con algún otro organismo gubernamental o sin ánimo de lucro?.....      Sí      No					
Describa cómo su discapacidad limita su capacidad para trabajar.					
¿Qué servicios solicita a ACCES-VR?					
Proporcione cualquier documentación de apoyo adicional					

¿Está incapacitado a causa de una lesión relacionada con el trabajo?	Sí	No	¿Es usted un veterano? Sí No
¿Utiliza algún dispositivo de asistencia o ayuda?	Sí	No	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí No
¿Tiene permiso de conducir del Estado de Nueva York?	Sí	No	Verifique los beneficios que recibe actualmente: SSI    SSDI    Compensación de los Trabajadores
¿Tiene permiso de conducir de otro estado que no sea Nueva York?	Sí	No	Otro, especifique _____
¿Tiene acceso a un vehículo a motor?	Sí	No	
¿Utiliza el transporte público?	Sí	No	
¿Puede salir de casa?	Sí	No	

¿Acude regularmente a un médico o clínica por su discapacidad?    Sí    No    En caso afirmativo, indique la fecha de la última visita: \_\_\_\_\_  
Proporcione el nombre y la dirección del médico o médicos y de la clínica o clínicas (s):  
(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

Indique el grado escolar más alto que ha completado con éxito: \_\_\_\_\_ y verifique la(s) casilla(s) correspondiente(s)  
GED o Diploma Equivalente de Escuela Secundaria:    Sí    No    Universidad    Escuela de posgrado    Doctorado  
Educación Especial    Sí    No    ¿Asiste ahora a la escuela secundaria?    Sí    No  
Indique el título o títulos universitarios obtenidos:

<b>Última Escuela a la que Asistió</b>	<i>Nombre de la escuela</i>	<i>Dirección</i>

**Enumere a continuación otras personas en su hogar**

Nombre Completo	Edad	Su Relación con Usted

**Enumere a continuación las personas con las que ACCES-VR puede ponerse en contacto si no podemos localizarle utilizando la información de la página 1.**

Nombre	Dirección	Teléfono

**Enumere a continuación su historial laboral (incluya anexos para empleos adicionales, si es necesario)**

Nombre y Dirección del Empleador	Fechas del Empleo Desde - Hasta	Ingresos Semanales	Cargo y Funciones, y Motivo de la Salida

**Por favor, proporcione cualquier documentación adicional de apoyo:**

**Por la presente solicito servicios de rehabilitación:** \_\_\_\_\_ Firma del solicitante, padre o tutor legal\*:  
**X**  
Date: \_\_\_\_\_

**\*Si usted es menor de 18 años o tiene un tutor legal, éste deberá firmar la solicitud en su nombre.**

**Las personas que solicitan o reciben servicios de rehabilitación tienen derecho a que se revise cualquier acción o decisión de esta oficina. Se puede obtener una descripción del proceso de revisión y el formulario en cualquier oficina del distrito de ACCES-VR.**

**Toda la información será confidencial y está sujeta a verificación.**

El Departamento de Educación del Estado no discrimina por motivos de edad, color, religión, credo, discapacidad, estado civil, embarazo, condición de veterano, origen nacional, raza, sexo, predisposición genética o condición de portador, u orientación sexual en su contratación, programas educativos, servicios y actividades. Las partes de cualquier publicación diseñada para su distribución pueden estar disponibles en diversos formatos, incluidos Braille, letra grande o cinta de audio, previa solicitud. Las consultas relativas a esta política de no discriminación deben dirigirse a Office of Human Resources Management, Room 528 EB, Education Building, Albany, NY 12234. Las solicitudes de publicaciones deben dirigirse al Mostrador de Venta de Publicaciones del Departamento, Sala 309, Edificio de Educación, Albany, NY 12234.