

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

<b>NOMBRE</b> Apellido <i>Nombre</i> <i>Inicial del segundo</i> <i>nombre</i>			<b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Si es conocido con <b>otro nombre</b> , escríbalo aquí: <i>Apellido</i> <i>Nombre</i> <i>Inicial del segundo nombre</i>					
<b>DIRECCIÓN PARTICULAR</b> <i>Calle</i> <i>Número de apartamento</i>					
<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal +4</i>	<i>Condado</i>	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b> □□□□-□□-□□□□	
Si su <b>DIRECCIÓN POSTAL</b> es diferente a su dirección particular, por favor complete la siguiente información de dirección postal.					
<b>DIRECCIÓN POSTAL</b> <i>Calle</i> <i>Número de apartamento</i>					
<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal +4</i>	<i>Condado</i>		
<b>NÚMERO(S) DE TELÉFONO</b> <i>donde podamos contactarlo o dejar un mensaje:</i>			<i>Mejor hora para llamarle</i>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<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 <b>TODOS</b> 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?		<b>ESTADO CIVIL:</b> (Encerrar en círculo) (1) Casado(a); (2) Viudo(a); (3) Divorciado(a) (4) Separado(a) (5) Nunca se ha casado	
<b>Por medio de la presente solicito servicios de rehabilitación:</b> <i>Fecha</i> _____			<i>Firma del solicitante, padre o tutor legal.</i>		
<b>X</b> (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	
<b>Si responde sí, indique el nombre, dirección y persona de contacto de cada una:</b>	
(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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usa algún dispositivo de ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene licencia de conducir del Estado de Nueva York? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene licencia de conducir de un estado aparte de Nueva York? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene acceso a un vehículo automotor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usa el transporte público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Puede salir de su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si no lo es, ¿puede trabajar legalmente en este país? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Seleccione los beneficios que recibe ahora <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> Indemnización laboral  <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____		
¿Acude a un médico o clínica periódicamente en relación a su discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Universidad Postgrado Doctorado  Educación especial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Asiste actualmente a la secundaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique el título(s) universitario obtenido: _____			
Nombre y dirección de la última escuela a la que asistió: <i>Nombre de la escuela</i> <span style="float:right"><i>Dirección</i></span>			
<b>Enumere a continuación a los miembros de su familia</b>			
Nombre completo	Edad	Parentesco con usted	
<b>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.</b>			
Nombre	Dirección	Teléfono	
<b>Enumere a continuación su historial laboral (incluya otras hojas para empleos adicionales, de ser necesario)</b>			
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.