Solicitud

07/2026

Por Favor Escriba con Letra de Molde

Nombre Legal: _____
Primer Segundo Apellido Apellido de Soltera

Nobre Preferido: _____ **Dirección:** _____
Apartamento o Cajero Postal # Ciudad Estado Código Postal

Condado: _____ **Teléfono:** _____ **Correo Electrónico:** _____

Manera Preferida de Contacto: ☐ Texto ☐ Correo Electrónico ☐ Teléfono **Idioma Principal:** _____

Domicilio de correo (si es diferente): _____
Apartamento o Cajero Postal # Ciudad Estado Código Postal

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Padre o Representante autorizado (si es aplicable): _____ ☐ **Marque si es Tutor Legal**

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconocido **Hispano o Latino**: ☐ Si ☐ No

Raza (Indique uno o más): ☐ Blanco ☐ Negro o Afro- Americano ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Asiático ☐ Nativo de las islas pacíficas o de Hawái ☐ Rechazar

Presencia Legal: ☐ Ciudadano de los Estados Unidos ☐ No soy ciudadano de los Estados Unidos (calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad) Número de extranjería: _____

Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a

Situación de Vivienda:

☐ Institución correccional para adultos
☐ Comunidad residencial/Hogar colectivo
☐ Centro de reinserción
☐ Albergue/Persona sin hogar
☐ Institución de salud mental
☐ Hogar de ancianos
☐ Otro
☐ Residencia privada
☐ Institución de rehabilitación
☐ Centro de tratamiento de abuso de sustancia

Por favor diga qué condición médica o de salud, lesión, impedimento físico o mental lo limita en su capacidad para trabajar.:

¿Qué clase de trabajo quiere hacer? (Sea específico)

¿Qué ayuda necesita para empezar este trabajo?

Seguro Médico/de Salud:

☐ Affordable Health Care Act
☐ Medicaid
☐ Medicare
☐ None
☐ No es elegible para seguro privado a través de su empleador actual pero lo estará más tarde
☐ Seguro privado a través de otros medios (o seguro de los padres)
☐ Private insurance through own employer
☐ Public insurance from other source (Worker's Comp, Children's Health Insurance Program, etc.)

¿Es usted veterano? ☐ Si ☐ No

Principal Fuente de Apoyo Económico: ☐ Ingreso personal ☐ Apoyo público ☐ Familia o amigos ☐ Otras fuentes

Marque cualquier beneficio en efectivo que recibe y escribe la cantidad recibida por mes

☐ Ninguno
☐ Beneficios del seguro social por incapacidad (SSDI) _____
☐ Ingreso complementario de seguridad (SSI) _____
☐ Ayuda general _____
☐ TANF_____
☐ Desempleado _____
☐ Beneficio de incapacidad para veteranos _____
☐ Indemnización laboral _____
☐ Cualquier otro apoyo _____

En su tiempo de vida (incluyendo infancia) ¿Alguna vez se ha lesionado en la cabeza, la cara o el cuello o ha experimentado impactos repetidos a su cabeza (por ej. sacudidas, accidente de auto, caídas, peleas, disparos, explosión, contactos deportivos o servicio militar, etc.)? O ¿alguna vez ha experimentado una enfermedad que afectó su cerebro (por ej. cáncer, derrame cerebral, meningitis, COVID-19, West Nile, convulsiones, tumor, ahogamiento, envenenamiento, etc.)?

☐ Si ☐ No ☐ No está seguro

Si usted es un estudiante de bachillerato/preparatoria, por favor marque si tiene la una o la otra:

☐ Plan 504 ó ☐ IEP (Plan individualizado de educación)

Si usted no está inscrito para votar en donde usted vive, ¿Quisiera solicitar su registro hoy aquí? ☐ Si ☐ No

SI USTED NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la Solicitud de Inscripción de Votación de Nebraska, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la planilla de Inscripción de Votación de Nebraska en privado. Si usted considera que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o rehusar inscribirse para votar, o a su derecho a la privacidad para inscribirse o solicitar la inscripción para votar, o a su derecho a escoger su propio partido u otra preferencia política, puede llenar una queja con Nebraska Secretary of State al 402-471-2555 o llamar gratis 888-727-0007; PO Box 94608 Lincoln NE 68509; por la página web: https://sos.nebraska.gov/ o por correo electrónico a SOS.ELECT@nebraska.gov. **Solicitar o rehusar inscribirse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará Nebraska VR.**

Por la presente doy fe de que mis respuestas y la información proporcionada en este formulario de servicios son verdaderas, completas y precisas. Entiendo la siguiente sección de este formulario y que, como solicitante de servicios, solo recibiré los servicios necesarios para saber si Nebraska VR puede ayudarme a prepararme, conseguir, mantener, avanzar o recuperar un trabajo. Mi firma muestra que tengo la intención de conseguir y mantener un trabajo con un empleador en el mercado laboral abierto, o trabajar por cuenta propia en un trabajo que esté en línea con mis fortalezas, recursos, prioridades, inquietudes, habilidades, capacidades, intereses e información. opciones.

Solicitar o rehusar inscribirse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará Nebraska VR.

X_____
Solicitante (Firma) Fecha

X_____
Representante Autorizado Fecha

X_____
Representante de Nebraska VR Fecha

Fecha recibida en la oficina de VR: _____

Hora: _____ ☐ AM ☐ PM

Entienda sus Derechos como Solicitante

¿Cuáles son mis derechos? Usted tiene el derecho de que su solicitud sea manejada justa y prontamente. VR decidirá si podemos ayudarlo tan pronto cómo podamos. Cualquier extensión de este período de tiempo requiere su consulta y acuerdo. **Opción informada.** Usted tiene derecho a tomar parte de una decisión significativa sobre los servicios que recibe a través del proceso de VR. Si usted necesita ayuda en el proceso de tomar una decisión informada nosotros la proporcionamos.

Inclusión. Usted tiene derecho a recibir los servicios en un ambiente integrado.

Acceso a sus archivos. Si usted o un representante señalado hace una solicitud escrita, VR le permitirá mirar y copiar información en su archivo de servicio, excepto la información que otra agencia, organización, persona, o regulación federal diga que no podemos mostrar. Si usted piensa que la información en su archivo no es precisa o es engañosa, usted puede solicitar que se cambie. Si no la cambiamos, ponemos esa información en su archivo.

Acceso al programa de ayuda al cliente. Usted puede estar en contacto con el programa de ayuda al cliente (Client Assistance Program) si usted necesita información y ayuda para—

- Entender los servicios de rehabilitación vocacional
- Buscar consejo sobre los servicios o beneficios que pueden estar disponibles para usted
- Buscar consejo sobre sus derechos y responsabilidades
- Solucionar problemas con un programa que le está proporcionando servicios de rehabilitación vocacional.
- Solicitar mediación o una revisión de una decisión de VR

Llame al (800) 742-7594 (número gratuito)
(402) 471-0801 (Lincoln)
Escriba a Box 94987
Lincoln, Nebraska 68509

Derecho a mediación. Si usted quiere mediación de cualquier decisión sobre su elegibilidad a VR o su grupo prioritario, usted puede contactar Centro Mediacion Regional (Regional Mediation Center) que sirva a su condado. Usted puede solicitarle una lista a VR o al programa de ayuda al cliente (Client Assistance Program).

Usted y VR tienen que estar involucrados voluntariamente en la mediación. Un mediador imparcial y calificado con entrenamiento en las técnicas de mediación efectiva elaborará la mediación.

Revise de su elegibilidad y prioridad en las decisiones del grupo. Si usted quiere una revisión de una decisión sobre su elegibilidad o grupo prioritario, usted puede llenar una solicitud para recibir una revisión imparcial. Un agente de audiencia imparcial usando la Regla 71 del Departmento de Educación de Nebraska (Titlo 92 código administrativo de Nebraska, Capitulo 71) hará esta revisión. Usted le puede solicitar a VR o al programa de ayuda al cliente una copia de esta regulación o conseguirla en https://vr.nebraska.gov. La copia incluirá un ejemplo del formulario de petición. La página web también incluye información sobre la póliza y los procedimientos de VR.

Su petición deberá decir las razones factuales de por qué usted quiere la revisión y concisamente decir la solución que usted quiere. Usted debe enviar su petición dentro de 30 días hábiles desde la fecha en que usted recibió la decisión escrita. Envíe su petición con una copia de la decisión escrita que usted quiere que se revise a:

Impartial Hearing Coordinator
Nebraska VR
PO Box 94987
Lincoln NE 68509

Usted puede solicitar ayuda al Programa de ayuda al cliente.

Desarrollo de su plan.

- Tiene 90 días para llenar su Plan Individualizado de Empleo (IPE) desde la fecha de elegibilidad.
- Tiene derecho de recibir ayuda de un miembro calificado del personal de VR.
- Usted puede decidir trabajar en su propio plan. Si usted quiere, puede tener a un padre, miembro de su familia, Representante autorizado, defensor, u otra persona ayudarlo a hacer su IPE. También puedes tener un, Consejero calificado de VR que no está empleado en la unidad estatal escribe tu IPE.
- La aprobación del IPE requiere acuerdo con la meta del trabajo y con los servicios requeridos para obtenerla. El IPE deberá ser firmado por usted, representante autorizado (si es necesario) y por el personal requerido de Nebraska VR.

¿Tengo que dar información personal a VR? La ley de rehabilitación federal y las regulaciones nos requiere conseguir información sobre usted, para que nosotros podamos-

- Descubrir cómo podemos ayudarlo
- Ayudarlo a escoger su meta de trabajo y planear sus servicios
- Proporcionarle servicios
- Revisar su progreso hacia su meta de trabajo y
- Reportar al gobierno federal

Proporcionar su información personal es voluntario. Sin embargo, si usted no nos da la información necesitada, sus servicios se pueden atrasar, o podran cerrar su caso.

El personal de Nebraska VR que lo está ayudando puede ver su información personal.

Nebraska VR y otras agencias externas a Nebraska VR que están ayudando pueden compartir e intercambiar información personal si es necesaria para decidir su elegibilidad para los servicios y beneficios de otros programas, para verificar sus necesidades y coordinar sus servicios. VR sigue las guías federales para este intercambio.

Usted puede esperar que el personal de Nebraska VR:

- Lo trate a usted con dignidad y respeto
- Responda a sus necesidades a tiempo
- Lo ayude a tomar decisiones informadas
- Proteja su privacidad
- Notificarlo si VR no puede cumplir una cita o va a llegar tarde
- Proporcionarle una copia de todos los documentos firmados o decisiones
- Ayudarlo entender o explicarle los servicios y apoyos de VR

¿Qué espera Nebraska VR de mí?

- Tomar parte activa en la planeación de sus servicios y en la realización del plan
- Verificar su ingreso, activos y gastos de discapacidad si se preguntan.
- Solicitar y usar los servicios y beneficios de otros programas para los cuales puede que usted sea elegible.
- Seguir el consejo de los doctores y los profesionales de la salud
- Notificar a VR si no puede cumplir una cita o va a llegar tarde
- Notificar inmediatamente a VR si-
    - un problema de salud, personal o familiar interfiere con sus actividades;
    - sus ingresos, activos o gastos de discapacidad cambian; o
    - tiene un problema con sus servicios o los proveedores de servicios
    - si alguna vez no está de acuerdo con una decisión, por favor informe a un consejero o un director de oficina de Nebraska VR.

Es la política del Departamento de Educación de Nebraska no discriminar por sexo, incapacidad, raza, color, religión, estado civil, edad, origen nacional o información genética en sus programas educativos, administración, políticas, empleo u otros programas de la agencia.