

Received: \_\_\_\_\_  
By: \_\_\_\_\_  
Contact Date: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_ Letter \_\_\_\_\_ In Person \_\_\_\_\_  
Appt. Scheduled: \_\_\_\_\_



**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA FLORIDA**  
**DIVISIÓN OF REHABILITACIÓN VOCACIONAL**  
**REFERIDO/SOLICITUD PARA LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN**  
**VOCACIONAL**

Yo soy una persona con una incapacidad mental o física que interfiere con mi aptitud para trabajar. Yo deseo saber más sobre los servicios de rehabilitación vocacional que están disponibles a través de la División de Rehabilitación Vocacional, y como ellos pueden ayudar a conseguir o mantener empleo.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Teléfono dónde se le puede localizar: \_\_\_\_\_  
O si prefiere indique su correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Nombre de una persona que lo conoce: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la persona que lo conoce: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted? \_\_\_\_\_  
¿Qué le impide trabajar? \_\_\_\_\_  
¿Necesita un intérprete del lenguaje de señas americano?  Si  
¿Necesita dispositivos para ayudar a escuchar?  Si  
¿Necesita un intérprete de idiomas?  Si  
¿Necesita documentos traducidos?  Si  
¿Necesita algún arreglo o facilidad para su impedimento?  Si  
Si la necesita, por favor explique:  
Nombre de la agencia o persona: \_\_\_\_\_  
Dirección de la agencia o persona: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**( Su firma o la firma de su padre o guardián completará el proceso de aplicación para obtener servicios de Rehabilitación Vocacional. Usted podrá pedir información adicional o solicitar hablar con un consejero para obtener información antes de aplicar. )**

Yo entiendo que el propósito de recibir los servicios de rehabilitación vocacional es para ayudarme a obtener o mantener un empleo. Yo entiendo que debo ser elegible para los servicios que solicito. Yo estoy aplicando para los servicios de rehabilitación vocacional y deseo que evalúen mi elegibilidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian

Por favor envíe por correo o entregue su aplicación a la oficina de VR más cercana. Si desea una lista de las oficinas, visite: [www.rehabworks.org](http://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

Departamento de Educación del Estado de la Florida, División de Rehabilitación Vocacional  
Política sobre Obtención de Número de Seguro Social

De conformidad con la Sección 119.071(5) de los Estatutos de la Florida, este aviso sirve para notificarle el motivo por el cual la División de Rehabilitación Vocacional del Departamento de Educación ("División") obtiene y usa números de seguro social.

La División esta autorizada por las leyes estatales y federales a obtener números de seguro social para determinar si usted es elegible para recibir los servicios de rehabilitación vocacional, dicha obtención es imperativa para la realización de sus funciones.

### **INFORMACIÓN SOBRE DISCRIMINACIÓN**

Es contra la ley que la División de Rehabilitación Vocacional (VR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Educación de la Florida, en su calidad de receptora de apoyo financiero federal, discrimine a en contra de cualquier persona en los Estados Unidos, por razón de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, afiliación política o credo.

El proceso de solicitud utilizado por VR para determinar la si una persona es elegible para los servicios, para cualquier otro servicio subsiguiente, así como durante todo el proceso de VR está sujeto a los requisitos de no discriminación mencionados.

### **Qué Hacer Si Cree Haber Sido Objeto de Discriminación**

Si usted cree haber sido objeto de discriminación bajo un programa que recibe asistencia federal, administrado por la División de Rehabilitación Vocacional, usted puede presentar una queja durante los 180 días posteriores a la fecha de la supuesta violación de la ley, ante cualquiera de los siguientes departamentos:

Oficina de Derechos Civiles, Departamento de  
Educación de los Estados Unidos  
U.S. Department of Education  
Office for Civil Rights (OCR)  
Atlanta Office  
61 Forsyth Street  
Suite 19-T-70  
Atlanta, Georgia 30303-3104  
Teléfono: (800) 421-3481  
TDD: (877) 521-2172  
e-mail: [OCR.Atlanta@ed.gov](mailto:OCR.Atlanta@ed.gov)