

Departamento de Educación del Estado de Maryland  
**División de Servicios de Rehabilitación**  
**Formulario de Admisión**

**Me interesan:**

- Los Servicios de Transición Previa al Empleo** (Pre-ETS, por sus siglas en inglés) para estudiantes de secundaria/ universitarios(as) de 14 a 21 años.
- Los Servicios de Rehabilitación Profesional** con el objetivo de conseguir un empleo.

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del medio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Del hogar  De celular  Del trabajo  Otro: \_\_\_\_\_

Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Del hogar  De celular  Del trabajo  Otro: \_\_\_\_\_

¿Desea que el personal de la División de Servicios de Rehabilitación (DORS, por sus siglas en inglés) le envíe actualizaciones por mensaje de texto?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿a qué número de teléfono?

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su principal incapacidad?**

\_\_\_\_\_

## **Contactos**

Enumere las personas con las que la DORS puede ponerse en contacto en caso de que no podamos comunicarnos con usted luego de utilizar la información proporcionada anteriormente.

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## **Características:**

Género:

Masculino     Femenino     No deseo autoidentificarme

Identifique su raza/etnia (marque todas las que correspondan):

Amerindio/a o nativo/a de Alaska     Asiático/a     Negro/a

Nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico     Blanco/a

No deseo autoidentificarme (Nota: esta opción es sólo para personas que no están matriculadas en la escuela secundaria)

¿Usted es hispano/a o latino/a?  Sí     No

¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete, letra grande, braille u otra ayuda para trabajar con la DORS?  Sí     No

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

**Si no está registrado/a para votar, ¿desea recibir asistencia para solicitar el registro para votar?  Sí     No**

**Nota:** el estado de registro de los votantes no afectará a la cantidad de asistencia que le proporcionará esta agencia.

- Si es un/a estudiante de secundaria/universidad de entre 14 y 21 años y solo está interesado/a en recibir **los Pre-ETS**: complete y firme siguiente página.
- El resto de los solicitantes pasen a la página 5.

**Si actualmente está en la escuela secundaria:**

¿Cuál es su identificación de estudiante del estado de Maryland de 10 dígitos? \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

¿En qué año se graduará o finalizará la escuela? \_\_\_\_\_

¿Recibirá un  diploma o  certificado?

¿Usted recibe servicios educativos y apoyo a través de alguno de los siguientes planes?

- Plan de Educación 504  Sí  No
- Programa Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)  Sí  No

Entiendo que los Pre-ETS son servicios limitados que la DORS puede ayudar a un estudiante con una incapacidad. A su vez, entiendo que un estudiante con una incapacidad es una persona que:

1. Tiene una incapacidad.
2. Tiene al menos 14 años y aún no cumplió 22 años.
3. Actualmente asiste a un programa educativo o se considera que está inscripto en él.

**Programa educativo:** educación secundaria, no tradicional o alternativa (incluida la educación en el hogar), los programas de educación postsecundaria aprobados por la Comisión de Educación Superior de Maryland y otros programas educativos reconocidos, limitados a los ofrecidos a través del sistema de justicia juvenil, los programas de educación básica para adultos (es decir, los programas de desarrollo de educación general [GED, por sus siglas en inglés] o diploma externo) y

los programas de capacitación profesional y tecnológica del Centro de Fuerza Laboral y Tecnología (WTC, por sus siglas en inglés) de la DORS.

4. No se graduó, complete, salió o se retiró de su programa educativo.

### **Solicitud para los Pre-ETS y notificación de derechos**

- Solicito los Pre-ETS y entiendo que los Pre-ETS no son servicios tradicionales de rehabilitación vocacional.
- Entiendo que la participación en los Pre-ETS no habilita a una persona para recibir servicios de rehabilitación vocacional, ya que los criterios de elegibilidad son diferentes y los solicitantes de servicios de rehabilitación vocacional están sujetos al orden de selección de la DORS y a las restricciones de la lista de espera.
- Si deseo solicitar servicios de rehabilitación profesional, entiendo que puedo hacerlo en cualquier momento.
- Entiendo que si decido solicitar servicios de rehabilitación vocacional antes de recibir los Pre-ETS, es posible que me retrase en recibir estos últimos.

Antes de firmar, hable con su consejero/a de la DORS sobre cualquier información que no haya entendido.

Fecha y firma del/de la solicitante: \_\_\_\_\_

Firma del padre o madre o representante: \_\_\_\_\_

(Se requiere si el/la solicitante está en la escuela secundaria, o es menor de 18 años o tiene un tutor/a legal)



**FRENE AQUÍ si solo está interesado en los Pre-ETS.**



➤ Para solicitar **los servicios de Rehabilitación Profesional** para conseguir un empleo o mantenerlo, rellene esta página y firme la página 7.

### Información sobre la incapacidad

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico/a, psicólogo/a o terapeuta?  Sí  No

Nombre del/de la proveedor(a)/consultorio:

\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la proveedor(a)/consultorio:

\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la proveedor(a)/consultorio:

\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

¿Cómo le dificulta su incapacidad para trabajar, conseguir el trabajo que desea o ser independiente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Utiliza o necesita algún dispositivo de ayuda o adaptación para poder desenvolverse de forma independiente?  Sí  No

Si la respuesta es sí, describa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene dificultades para recordar, seguir instrucciones o concentrarse en las tareas?  Sí  No

¿Tiene dificultades para leer o comprender información escrita?  Sí  No

¿Necesita ayuda para las actividades rutinarias de la vida cotidiana (higiene, preparación de comidas, tareas domésticas)?  Sí  No

¿Es capaz de tolerar una jornada laboral de 8 horas sin necesidad de descansos, ajustes o pausas adicionales?  Sí  No

Describa cualquier necesidad especial o preocupación relacionada con el trabajo que pueda tener (por ejemplo, asistencia para el cuidado personal, cuidado de niños/as, transporte, antecedentes penales):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Qué espera obtener de su participación en los servicios de rehabilitación?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Otros comentarios, preocupaciones o información adicional:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Solicitud para los Servicios de Rehabilitación Vocacional y notificación de derechos**

- Solicito los servicios de rehabilitación y se me entregó una copia de los folletos del Programa Abriendo Puertas al Empleo, Elección Informada y Asistencia al Cliente.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades bajo este programa.
- Entiendo que dar información falsa o fraudulenta a la DORS puede dar lugar a que no se me proporcionen o continúen los servicios.
- Al firmar esta solicitud doy permiso para que la DORS verifique mi estado de beneficiario de los Beneficios por Discapacidad del Seguro Social (SSDI o SSI, por sus siglas en inglés).

Antes de firmar, hable con su consejero/a de la DORS sobre cualquier información que no haya entendido.

Fecha y firma del/de la solicitante: \_\_\_\_\_

Firma del padre o madre o representante: \_\_\_\_\_

(Se requiere si el/la solicitante está en la escuela secundaria, o es menor de 18 años o tiene un tutor/a legal)

## **Recopilación de información**

- Los principales objetivos que se persiguen al recopilar la información solicitada en la declaración financiera, en la solicitud y el plan individualizado de servicios son los siguientes:
  1. Determinar su elegibilidad para los servicios de rehabilitación.
  2. Determinar qué participación financiera, si la hay, se espera que usted aporte.
  3. Planificar sus servicios.
- Si se niega a proporcionar la información solicitada, la DORS considerará que usted no es elegible para los servicios.
- Usted tiene derecho a revisar, enmendar o corregir la información solicitada según el Código Anotado de Maryland, Artículo del Gobierno Estatal, Sección 10-611-10-629.
- La información solicitada no está disponible para su inspección pública, a menos que usted lo autorice por escrito.
- La información solicitada se comparte rutinariamente con otras agencias gubernamentales cuando la información es necesaria para que usted obtenga beneficios o servicios; para propósitos de auditoría, evaluación o investigación relacionados con la administración del programa de rehabilitación (siempre y cuando se proteja la confidencialidad); y para obtener el pago de los servicios que se prestaron cuando están cubiertos por recursos de terceros.
- La DORS solicita el Número de Seguridad Social de los solicitantes de servicios y lo utiliza únicamente con fines de información federal y, según corresponda:
  1. Confirmación de las prestaciones de la seguridad social y presunción de derecho.
  2. Transacciones financieras.