

Departamento de Educación del Estado de Maryland  
División de rehabilitación  
**Comenzando la búsqueda de empleo:  
Consentimiento para la divulgación**

Nombre del consumidor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Ahora estamos listos para comenzar a ayudarlo con su búsqueda de trabajo, según sus intereses, habilidades, capacidades y el objetivo de empleo en su Plan Individualizado de Empleo. Este documento aclara y confirma cómo le ayudará DORS, según sus preferencias.

### **Divulgación de discapacidad**

Algunas personas con discapacidades aceptan que un posible empleador sepa que tiene una discapacidad; algunas personas no quieren que un empleador potencial lo sepa. El hecho de que prefiera o no que un empleador sepa que usted es una persona con una discapacidad y que ha recibido servicios de DORS tendrá un impacto en la forma en que su consejero de DORS, otros miembros del personal de DORS y los programas comunitarios pueden ayudarlo a buscar empleo.

Si usted da su consentimiento para permitir que DORS hable con un empleador potencial que usted tiene una discapacidad, el personal de DORS puede discutir la naturaleza de la discapacidad solo en términos generales, en la medida en que se relacione con el desempeño de funciones esenciales de un puesto en particular.

Para obtener más información sobre la divulgación, consulte el sitio web de [Job Accommodation Network](#).

### **Asistencia para la búsqueda de empleo de DORS**

El consentimiento o no a la divulgación de que es un consumidor de DORS y tiene una discapacidad afectará la forma en que DORS puede trabajar con usted para encontrar un trabajo de la siguiente manera:

**Si da su consentimiento para la divulgación** y acepta que los empleadores potenciales probablemente se darán cuenta de que es una persona con una discapacidad por su participación en DORS, esto significa que:

- El personal de DORS lo involucrará completamente en el proceso de identificación de posibles trabajos.
- El personal de DORS puede proporcionar información que lo identifique a usted y sus habilidades y capacidades a los empleadores en su nombre, en persona, por escrito, incluso por medios electrónicos o por teléfono.
- El personal de DORS compartirá su currículum con empresas que contraten específicamente a personas con discapacidades que posean sus habilidades y capacidades.
- Si está trabajando con un programa comunitario, también trabajarán con usted como se describe anteriormente, involucrándolo en el proceso, trabajando directamente con usted y los empleadores y actuando en su nombre durante la búsqueda de empleo.

**Si no desea que DORS revele a posibles empleadores** que usted es una persona con una discapacidad y que recibe asistencia de DORS, esto significa que:

- El personal de DORS le proporcionará información sobre trabajos que le parezcan apropiados, pero no enviará información que lo identifique a los empleadores.
- Usted, su familia y otras personas que elija serán responsables de encontrar un trabajo para usted.
- Si está trabajando con un programa comunitario, le informaremos a ese programa de sus preferencias y le solicitaremos que trabajen con usted "detrás de escena".

**Con respecto a la asistencia para la búsqueda de empleo de DORS, mi decisión es la siguiente:**

- No doy mi consentimiento para que el personal de DORS revele a posibles empleadores que soy un consumidor de DORS y que tengo una discapacidad. Reconozco que solo se brindará asistencia laboral indirecta, considerando esta decisión.**
- Doy mi consentimiento para que el personal de DORS y el personal de los programas comunitarios, según corresponda, trabajen directamente conmigo y con los empleadores, en mi nombre, para encontrar un empleo acorde con mis intereses, capacidades y objetivo de empleo. Entiendo que, al hacerlo, se informará a los empleadores que soy una persona con una discapacidad.**

**Este consentimiento, a menos que yo o mi representante lo revoquen por escrito, será (marque uno):**

- Válido por más de 45 días y continuarán desde la fecha de la firma mientras reciba servicios de rehabilitación de DORS; o
- Válido por 45 días a partir de la fecha de la firma; o
- Vence el (fecha): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del consumidor / representante

\_\_\_\_\_  
Fecha