



Karen B. Salmon, Ph.D.
Superintendente Estatal de Escuelas

Scott Dennis
Superintendente Estatal Adjunto

División de Servicios de Rehabilitación

2301 Argonne Drive · Baltimore, MD 21218 · 410-554-9385 · Línea gratuita 888-554-0334 · Video llamada 443-798-2840

Estimado _____:

El propósito de esta carta es informarle a usted y a su familia que, debido a que trabaja para _____ y gana menos del salario mínimo, debe participar en la orientación profesional que ofrece la División de Servicios de Rehabilitación (Division of Rehabilitation Services, DORS).

Debe hacer esto porque la Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (Workforce Innovation and Opportunity Act, WIOA), que es una ley federal, establece que su empleador no puede pagar menos del salario mínimo a una persona con una discapacidad que no haya recibido orientación profesional. Usted debe recibir este servicio cada año siempre que su empleador le pague un monto menor al salario mínimo. En Maryland, la División de Servicios de Rehabilitación (DORS) brinda esta orientación profesional.

La DORS habló con su empleador para que reciba la orientación profesional requerida durante una reunión grupal. Si lo desea, sus familiares, tutores u otras personas importantes para usted son bienvenidos a participar con usted en esta orientación profesional.

La orientación profesional durará alrededor de una hora y tendrá lugar el:

Fecha: _____ **Hora:** _____

Ubicación: _____

Puede optar por no recibir esta orientación profesional, pero eso puede significar que no pueda seguir trabajando para su empleador en el empleo donde gana menos del salario mínimo.

Si elige asistir: complete el **Formulario de Consentimiento para Asistir a la Orientación Profesional** adjunto. También debe colocar su nombre en la parte superior del **Formulario de Verificación de Asistencia a la Orientación Profesional** adjunto. Devuelva ambos formularios a su empleador.

Si elige no asistir: complete el **Formulario de Rechazo a la Orientación Profesional** adjunto. Devuelva este formulario a:

Racquel Moore
Division of Rehabilitation Services
2301 Argonne Drive
Baltimore, MD 21218
Fax: 410-554-9412 o correo electrónico: racquel.moore@maryland.gov

Formularios adjuntos: Consentimiento para Asistir a la Orientación Profesional
Verificación de Asistencia a la Orientación Profesional
Rechazo a la Orientación Profesional

Formulario de Consentimiento para Asistir a la Orientación Profesional

Empleado:

Apellidos: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fec. nac. (mm/dd/aaaa): _____ Fecha de inicio del empleo: (mm/dd/aaaa): _____

Nombre de la empresa del empleador: _____

- Autorizo la divulgación/intercambio de información escrita o electrónica entre la División de Servicios de Rehabilitación de Maryland (DORS) y el empleador que paga por debajo del salario mínimo con el fin de documentar los requisitos del 34 CFR 397 (Limitaciones en el Uso del Salario por Debajo del Salario Mínimo). Este consentimiento caducará en un año o por previa solicitud por escrito del empleado. La DORS y el empleador que paga por debajo del salario mínimo archivarán esta información.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del tutor: _____ Tutor no aplicable

Formulario de Verificación de Asistencia a la Orientación Profesional

Apellidos: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Recibí información de orientación profesional sobre:

- Autodefensa y autodeterminación
- Disponibilidad de servicios de planificación de beneficios
- Exploración de empleos e información sobre el mercado laboral
- Requisitos laborales
- Instalaciones y tecnología de apoyo
- Información y referencia sobre otros recursos locales relacionados con el empleo

Verificación de asistencia a la orientación profesional:

Este formulario evidencia que la División de Servicios de Rehabilitación de Maryland me brindó orientación profesional, así como información y servicios de referencia el _____.
(fecha)

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Este Formulario de Verificación de Asistencia a la Orientación Profesional se le proporcionará a más tardar en el lapso de 45 días calendario, contados a partir de la fecha de finalización de la sesión de orientación profesional.

Para uso exclusivo de la DORS

La DORS proporcionó al empleado una copia de este formulario el día _____
por este medio: Entrega en mano Fax Correo Correo electrónico (fecha)

Instrucciones para la distribución del Formulario de Verificación: 1. Proporcione al empleado el original de este Formulario de Verificación de Asistencia a la Orientación Profesional. El formulario y la fecha de su firma sirven como documentación de que el empleado recibió orientación profesional, así como información y servicios de referencia de la DORS. 2. Conserve una copia del Formulario de Verificación de Asistencia a la Orientación Profesional para los registros de la DORS. 3. Proporcione al empleador una copia de este Formulario de Verificación de Asistencia a la Orientación Profesional. Nota: la DORS no proporcionará ninguna copia al empleador a menos que se autorice en este comunicado.

Nombre del funcionario de la DORS: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Formulario de Rechazo a la Orientación Profesional

Apellidos: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fec. nac. (mm/dd/aaaa): _____ Fecha de inicio del empleo: (mm/dd/aaaa): _____
Nombre de la empresa del empleador: _____

Descripción del rechazo (seleccione una):

- Yo, el empleado, me niego a participar en la presentación de la orientación profesional y entiendo que esto significa que puede que no se me permita continuar trabajando en mi empleo actual, donde gano menos del salario mínimo.
- Yo, tutor del empleado, me niego a que mi tutelado participe en la presentación de la orientación profesional y entiendo que esto significa que puede que no se le permita continuar trabajando en su empleo actual, donde gana menos del salario mínimo.

Divulgación de la información:

- Autorizo la divulgación e intercambio de información escrita o electrónica entre la División de Servicios de Rehabilitación de Maryland y el empleador que paga por debajo del salario mínimo con el fin de documentar los requisitos del 34 CFR 397 (Limitaciones en el Uso del Salario por Debajo del Salario Mínimo). Este consentimiento caducará en un año o por previa solicitud por escrito del empleado.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

- Tutor no aplicable

Si no acepta estar en la orientación, complete este formulario y devuélvalo a:

Racquel Moore
Division of Rehabilitation Services
2301 Argonne Drive
Baltimore, MD 21218
Fax: 410-554-9412 o correo electrónico: racquel.moore@maryland.gov

Para uso exclusivo de la DORS

La DORS proporcionó al empleado una copia de este formulario el día _____
por este medio: Entrega en mano Fax Correo Correo electrónico (fecha)

Instrucciones para la distribución del Formulario de Rechazo: 1. Proporcione al empleado el original del Formulario de Rechazo a la Orientación Profesional. Este formulario y la fecha de su firma sirven como documentación de que el empleado rechazó recibir orientación profesional e información y servicios de referencia de la DORS. 2. Conserve una copia del Formulario de Rechazo a la Orientación Profesional para los registros de la DORS. 3. Proporcione al empleador una copia de este Formulario de Rechazo a la Orientación Profesional. Nota: la DORS no proporcionará ninguna copia al empleador a menos que se autorice en este comunicado.

Nombre del funcionario de la DORS: _____ Firma: _____ Fecha: _____