

Nombre del tutor (si tiene menos de 18 o es asignado por el tribunal)	Teléfono del tutor																																										
Dirección del tutor (Calle, ciudad, estado y código postal)																																											
Dirección de correo electrónico del tutor																																											
<p>Discapacidad (marque todas las que correspondan)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SIDA/VIH</td> <td><input type="checkbox"/> Alcohol u otro trastorno por drogas</td> <td><input type="checkbox"/> Amputación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Artritis</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención</td> <td><input type="checkbox"/> Autismo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lesión de la espalda</td> <td><input type="checkbox"/> Ceguera</td> <td><input type="checkbox"/> Lesión cerebral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cáncer</td> <td><input type="checkbox"/> Túnel carpiano (Síndrome de uso repetitivo)</td> <td><input type="checkbox"/> Parálisis cerebral (CP)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva</td> <td><input type="checkbox"/> Fibrosis quística</td> <td><input type="checkbox"/> Sordera</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sordo-ciego</td> <td><input type="checkbox"/> Depresión</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Epilepsia</td> <td><input type="checkbox"/> Fibromialgia</td> <td><input type="checkbox"/> Hipoacusia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> Hemofilia</td> <td><input type="checkbox"/> Disfunción de la cadera/rodilla/otra articulación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Insuficiencia renal</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad mental</td> <td><input type="checkbox"/> Extremidad faltante o deformada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple</td> <td><input type="checkbox"/> Distrofia muscular</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno miofacial</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paraplejia o cuadriplejia</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno por estrés postraumático</td> <td><input type="checkbox"/> Respiratorio/Pulmonar/ Alergias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje</td> <td><input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal</td> <td><input type="checkbox"/> Derrame específica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificultad visual</td> <td><input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desconocido (especificar) _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Alcohol u otro trastorno por drogas	<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Lesión de la espalda	<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Túnel carpiano (Síndrome de uso repetitivo)	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral (CP)	<input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Sordo-ciego	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Hipoacusia	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Disfunción de la cadera/rodilla/otra articulación	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Extremidad faltante o deformada	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Trastorno miofacial	<input type="checkbox"/> Paraplejia o cuadriplejia	<input type="checkbox"/> Trastorno por estrés postraumático	<input type="checkbox"/> Respiratorio/Pulmonar/ Alergias	<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal	<input type="checkbox"/> Derrame específica	<input type="checkbox"/> Dificultad visual	<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____		<input type="checkbox"/> Desconocido (especificar) _____		
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Alcohol u otro trastorno por drogas	<input type="checkbox"/> Amputación																																									
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención	<input type="checkbox"/> Autismo																																									
<input type="checkbox"/> Lesión de la espalda	<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral																																									
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Túnel carpiano (Síndrome de uso repetitivo)	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral (CP)																																									
<input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sordera																																									
<input type="checkbox"/> Sordo-ciego	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Diabetes																																									
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Hipoacusia																																									
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Disfunción de la cadera/rodilla/otra articulación																																									
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Extremidad faltante o deformada																																									
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Trastorno miofacial																																									
<input type="checkbox"/> Paraplejia o cuadriplejia	<input type="checkbox"/> Trastorno por estrés postraumático	<input type="checkbox"/> Respiratorio/Pulmonar/ Alergias																																									
<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal	<input type="checkbox"/> Derrame específica																																									
<input type="checkbox"/> Dificultad visual	<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____																																										
<input type="checkbox"/> Desconocido (especificar) _____																																											
Describa cómo su discapacidad afecta su capacidad de encontrar un trabajo, conservarlo u obtener un trabajo mejor:																																											
<p>Género</p> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elige no identificar																																											
<p>Raza (marque todas las que correspondan)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indígena americano of Nativo de Alaska</td> <td><input type="checkbox"/> Asiático</td> <td><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nativo de hawái o de otras islas del pacífico</td> <td><input type="checkbox"/> Blanco</td> <td><input type="checkbox"/> Elige no identificar</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Indígena americano of Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de hawái o de otras islas del pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Elige no identificar																																				
<input type="checkbox"/> Indígena americano of Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano																																									
<input type="checkbox"/> Nativo de hawái o de otras islas del pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Elige no identificar																																									
<p>Etnicidad – ¿Es hispano o latino?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elige no identificar																																											
<p>¿Cómo supo de DVR? (seleccione solo una opción)</p> <input type="checkbox"/> Auto-derivación, amigos, familia <input type="checkbox"/> Titulares del certificado 14(c) /Talleres protegidos <input type="checkbox"/> Programa de servicios de rehabilitación vocacional para indígenas estadounidenses (AIVRS) <input type="checkbox"/> Centros para la vida independiente <input type="checkbox"/> Prestadores de servicios <input type="checkbox"/> Programas para adultos, trabajadores desplazados y jóvenes (Título I de la Ley de Oportunidades y de Innovación de la Fuerza Laboral [WIOA]) <input type="checkbox"/> Programa de la Ley de educación para adultos y alfabetización familiar (Título II de WIOA) <input type="checkbox"/> Programa de servicio de empleo de la ley Wagner-Peyser (Título III de WIOA) <input type="checkbox"/> Otros programas de centros de empleo American Job Center o de desarrollo de la fuerza laboral																																											

<input type="checkbox"/> Escuelas elementales y secundarias <input type="checkbox"/> Instituciones de educación postsecundarias <input type="checkbox"/> Empleadores <input type="checkbox"/> Agencias para discapacidades intelectuales y del desarrollo <input type="checkbox"/> Proveedores de apoyo a largo plazo (Family Care, IRIS, Partnership) <input type="checkbox"/> Proveedores de salud médica <input type="checkbox"/> Proveedores de salud mental <input type="checkbox"/> Administración del seguro social (Social Security Administration) <input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por ej., W-2) <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos o administración de salud <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores <input type="checkbox"/> Otras fuentes		
Alumno con una discapacidad (marque sólo uno) <input type="checkbox"/> No soy estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante en escuela media o secundaria/preparatoria con un plan 504 <input type="checkbox"/> Estudiante en escuela media o secundaria/preparatoria con un IEP <input type="checkbox"/> Estudiante en escuela media o secundaria/preparatoria sin un plan 504 ni IEP <input type="checkbox"/> Estudiante en educación postsecundaria u otro programa educativo de 21 años o menos <input type="checkbox"/> Estudiante en educación postsecundaria u otro programa educativo de 21 años o más Nombre de la escuela, si corresponde: Nombre del distrito escolar, si corresponde:		
¿Es veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Dónde está viviendo actualmente? <input type="checkbox"/> Establecimiento residencial comunitario/Casa grupal <input type="checkbox"/> Establecimiento correccional <input type="checkbox"/> Hogar de transición <input type="checkbox"/> Personas sin hogar/Refugio <input type="checkbox"/> Establecimiento de salud mental <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento para abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Residencia privada (independiente, o con familia u otra persona en casa, departamento, condo, etc.) <input type="checkbox"/> Establecimiento de rehabilitación <input type="checkbox"/> Otro		
¿En la actualidad recibe alguno de los siguientes apoyos públicos? (Seleccione todos los que correspondan)		
SSDI - Seguro de Discapacidad del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
SSI - Seguridad de Ingreso Suplementario para las personas de la tercera edad, ciegas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas (ej., W-2, Kinship Care, Wisconsin Shares, Caretaker Supplement)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asistencia general – gobierno estatal o local (ej., fondos del condado, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Beneficios de discapacidad para veteranos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Compensación al trabajador (WC)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seguro por desempleo (UI, Unemployment Insurance)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otra asistencia pública - Asistencia pública recibida de todas las demás fuentes no indicadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si recibe servicios de empleo con apoyo, seleccione su proveedor (sólo uno) abajo: <input type="checkbox"/> IRIS, Include, Respect, I Self-Direct <input type="checkbox"/> MCO, Managed Care Organization (Organización de cuidado administrado) <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo del condado de Wisconsin (Wisconsin County Development Disability)		

<input type="checkbox"/> Salud mental del condado de Wisconsin (Wisconsin County Mental Health) Nombre del programa: Nombre de contacto del programa: Teléfono de contacto del programa:		
¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es Sí, ¿dónde trabaja? Cargo del trabajo:		
¿Recibe seguro médico por medio de cualquiera de los siguientes servicios? (Seleccione todos los que correspondan)		
Medicaid/BadgerCare/MAPP	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Medicare	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Intercambio de la ley de cuidado médico asequible estatal o federal (State or Federal Affordable Care Act Exchange)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Público de otras fuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Privado por medio del empleador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seguro privado por otros medios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
No elegible para Seguro privado por medio del empleador actual, pero será elegible después de un período de empleo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si esta referencia es completada por alguien distinto al individuo o su tutor, debe tener su consentimiento. Por favor marque esta casilla como confirmación de consentimiento.		
Relación (seleccione solo uno)		
<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Institución educativa	
<input type="checkbox"/> Miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Agencia de cuidado a largo plazo	
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia de servicios sociales	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		
Nombre:		

Solo para uso de la Oficina de la División de Rehabilitación Vocacional (Division of Vocational Rehabilitation, DVR)	
Fecha de recepción	Miembro del personal de la DVR
Facilitador de remisión de la DVR	

DWD es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con esta información, marque 7-1-1 para comunicarse con Wisconsin Relay Service. Sírvase comunicarse con la Division of Vocational Rehabilitation al (800) 442-3477 para pedir información en un formato alternativo, incluida la traducción a otro idioma.

DVR-17445-E-S (R 09/2023) (T. 09/2021) | Division of Vocational Rehabilitation: Socio orgulloso de la Red estadounidense de centros de trabajo (American Job Center network)