

Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky

Formulario para derivación

Información del caso

***Esta sección es de uso exclusivo para la oficina**

*Consejero

*Caso asignado *Número de caso *Fecha de derivación

Información del consumidor

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Nombre preferido Pronombres preferidos Identificador de estudiante secundario

Fecha de nacimiento NSS ¿Puede trabajar legalmente en EE. UU.?

NSS no disponible/no revelado

Dirección principal (nombre de la calle y número)

Ciudad Estado Código postal Condado

Dirección postal (nombre de la calle y número) Igual que la dirección principal

Ciudad Estado Código postal Condado (seleccione de la lista o escriba)

Número de teléfono Número de teléfono alternativo Correo electrónico

Fuente de derivación

Comentario de la fuente de derivación

Discapacidad notificada

Causa de la discapacidad notificada

Nombre de la persona de contacto alternativa

Teléfono de contacto alternativo

Correo electrónico de contacto alternativo

Nombre del padre/madre/tutor

Teléfono del padre/madre/tutor Correo electrónico del padre/madre/tutor Tipo de tutor

Información de la visión

¿Tiene la persona problemas de visión? Si la respuesta es afirmativa, complete las siguientes preguntas. Si la respuesta es negativa, pase a información sobre la audición.

¿Se le ha diagnosticado a la persona una discapacidad visual?

Si la respuesta es afirmativa, describa la discapacidad visual de la persona

¿Se puede corregir la deficiencia con gafas?

¿Utiliza la persona ayudas para ver, como lupas?

Describa las ayudas para ver utilizadas

¿Cómo accede la persona a la escritura?

¿Cómo se desenvuelve la persona en entornos desconocidos?

¿Tiene la persona problemas con los bordes o los escalones?

¿La luz cambia la visión de la persona?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo cambia la luz la visión de la persona?

¿Tiene la persona problemas para cocinar o limpiar debido a su visión?

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué problemas de cocina o limpieza se deben a la visión de la persona?

¿Cómo lee la persona su correo postal, correo electrónico, y/o asiste a reuniones virtuales?

Si la persona ha sido evaluada por un oftalmólogo, ¿tiene una visión de 20/50 o peor?

¿La persona tiene pérdida de campo visual?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo afecta a la persona?

Información sobre la audición

¿Tiene la persona problemas de audición? Si la respuesta es afirmativa, complete las siguientes preguntas. Si la respuesta es negativa, pase a la información sobre RETAIN.

¿Tiene la persona un deterioro de la capacidad auditiva?

Si la respuesta es afirmativa, elija el tipo de deterioro de la capacidad auditiva

¿Cómo/cuándo empezó la persona a experimentar la pérdida auditiva?

¿Cuál es la preferencia de comunicación de la persona?

Si es otra, especifique

¿Utiliza la persona intérpretes en diversos entornos?

¿Utiliza la persona la aplicación de texto a voz?

¿Utiliza la persona subtítulos en la televisión o en los videos?

Información sobre RETAIN

La Red de retención de empleo y talento después de una lesión/enfermedad (RETAIN) es un programa que puede ayudar a una persona a permanecer en un puesto de trabajo o a volver a él. Responda a las siguientes preguntas para ver si las personas pueden ser elegibles para este programa.

1. ¿Vive la persona en Kentucky? *(Debe responder SÍ para ser elegible).*

2. ¿Está la persona trabajando o ha trabajado en los últimos 12 meses? *(Debe responder Sí para ser elegible).*

3. ¿Tiene la persona una lesión o enfermedad que no haya ocurrido en el trabajo y que le impida trabajar o que pueda impedirle trabajar? *(Debe responder Sí para ser elegible).*

4. ¿Recibe la persona actualmente prestaciones de discapacidad de la Seguridad Social (SSI/SSDI) o ha solicitado prestaciones de discapacidad de la Seguridad Social en los últimos tres años? *(Debe responder NO para ser elegible).*

Si la persona cumple con los criterios para RETAIN, explique que RETAIN es una subvención bajo OVR y, dado que califica, está siendo referido a RETAIN y escuchará a un coordinador de RETAIN en las próximas 24-48 horas. Envíe el formulario de referencia completado como un archivo adjunto en un correo electrónico cifrado a: RETAIN@uky.edu.

Cargue el formulario de referencia en CMS bajo el número de caso del individuo. Agregue el Servicio de Referencia e Información en la sección SERVICIOS PROPORCIONADOS POR EL PERSONAL en CMS.

Próximos pasos/notas

Fecha de la reunión de solicitud

Preferencia de tipo de reunión

El consumidor acepta comunicarse o firmar documentos con el consejero utilizando:

DocuSign

SARA

Notas:
