



Formulario de Divulgación Suplementaria

290 North D Street, Suite 600

San Bernardino, CA 92415

(909) 387-9859

Nombre (primero, inicial del Segundo nombre y apellido): _____

Los últimos cuatro (4) números de seguro social: _____

| | | |
|-----|--|---|
| 1. | ¿ESTA EMBARAZADA O ES MADRE DE ALGUN JOVEN? (marque uno) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
| 2. | ¿Es usted un veterano discapacitado? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, discapacitado <input type="checkbox"/> Si, discapacidad especial (30% o más) |
| 3. | ¿Está recibiendo ingresos de Seguro Social por Discapacidad (SSDI)? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No STAFF USE: SS Disability Verification Accepted |
| 4. | ¿Considera padecer de una discapacidad? (Si marcó que No, salte a la sección de la firma) | <input type="checkbox"/> Si SI MARCÓ "SI", POR FAVOR ESPECIFIQUE EL TIPO: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Muy seria <input type="checkbox"/> Considerable |
| 5. | Se le invita a que voluntariamente revele esta información; dicha información permanecerá confidencial y solo podrá ser usada para determinar elegibilidad para los servicios; también será usada para el expediente de igualdad de oportunidades. Usted no será sancionado si se rehúsa a responder. | FAVOR DE ESPECIFICAR EL TIPO DE DISCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> Físico (dificultad con la movilidad) o sensorial (visual/auditiva) <input type="checkbox"/> Mental (problema de aprendizaje o deficiencias cognitivas) <input type="checkbox"/> Los dos – físico y mental <input type="checkbox"/> Condición física/de salud crónica <input type="checkbox"/> Discapacidad mental o psiquiátrica <input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con la visión <input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con la audición <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |
| 6. | ¿Recibió servicios de una Agencia Estatal de Discapacidades de Desarrollo (SDDA)? | <input type="checkbox"/> Si, SDDA <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No |
| 7. | ¿Recibió servicios de una Agencia Estatal o local de salud mental? (LSMHA)? | <input type="checkbox"/> Si, LSMHA <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No |
| 8. | ¿Recibió servicios de un proveedor de servicios basados en el hogar y la comunidad bajo un programa estatal de Medicaid (HCBS)? | <input type="checkbox"/> Si, HCBS <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No |
| 9. | Configuración del trabajo de discapacidad: | <input type="checkbox"/> Taller protegido <input type="checkbox"/> Empleo Integrado Competitivo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleo con apoyo individual <input type="checkbox"/> Empleo respaldado por grupos <input type="checkbox"/> Combinación de dos o mas configuraciones <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 10. | Tipo de servicios de empleo personalizados recibidos: | <input type="checkbox"/> Servicios de evaluación de descubrimiento <input type="checkbox"/> Desarrollo de un plan de búsqueda de empleo personalizado <input type="checkbox"/> Servicios de negociación del empleador <input type="checkbox"/> Empleo asegurado como resultado de recibir servicios de empleo personalizados y servicios de apoyo extendidos <input type="checkbox"/> Sin servicios CES <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 11. | Recibió usted capacidad financiera acerca de benecios de discapacitados: | <input type="checkbox"/> Servicios de planificación de beneficios <input type="checkbox"/> Servicios de capacidad financiera / desarrollo de bienes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Servicios de planificación de beneficios y servicios de capacidad financiera / desarrollo de bienes <input type="checkbox"/> Desconocido |
| 12. | Plan de la Sección 504: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No ¿Recibió servicios de Rehabilitación Vocacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido |

Certificación del cliente: Mi firma a continuación indica que se me informó y entiendo la información contenida en este formulario. Certifico bajo pena de perjurio que toda la información anterior es verdadera y completa. Acepto que toda la información que he proporcionado está sujeta a verificación.

| FIRMA DEL CLIENTE: | DATE | FECHA EN QUE EL CLIENTE FIRMO (Si es menor de 18 años, tanto el cliente como el padre/tutor deben firmar un formulario): | DATE |
|--------------------|------|--|------|
| | | | |