

PLAN INDIVIDUALIZADO DE EMPLEO

DR 215 (Rev. 05/22)

Nombre y dirección del consumidor:	Nombre del consejero:	
	Teléfono del consejero:	Marcar el casillero si tiene TDD <input type="checkbox"/>
	Correo electrónico del consejero:	

PLAN INDIVIDUALIZADO DE EMPLEO

Mi objetivo de trabajo es:

Mi fecha prevista de finalización es:

1. ¿Por qué elegí este objetivo de trabajo?
2. Estos son los pasos que tengo que seguir para alcanzar mi objetivo de trabajo:
3. Estos son los servicios que acordamos que son necesarios para alcanzar mi objetivo de trabajo:

<u>Servicio</u>	<u>Proveedor de servicios</u>	<u>Financiado por</u>	<u>Fecha de inicio</u>
-----------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------

4. ¿Cómo elegimos o coordinamos estos servicios?
5. ¿Cómo y cuándo se evaluará el avance hacia mi objetivo de trabajo?
6. Estas son mis responsabilidades con respecto al costo de mi Plan:

PLAN INDIVIDUALIZADO DE EMPLEO

DR 215 (Rev. 05/22)

7. ¿Qué otros servicios voy a necesitar después de alcanzar mi objetivo de trabajo, si es que hay?

ACEPTO LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

- Entiendo que tengo derecho a acceder a los registros del Departamento que contengan información personal sobre mí, y para eso debo contactarme con mi consejero. Si el Departamento determina que una parte de mis registros puede ser perjudicial para mí, me notificará por escrito que los registros no se me pueden enviar directamente y me proporcionará opciones de divulgación.
- Entiendo que, excepto cuando lo autorice o exija la ley o las normas estatales o federales, la información personal sobre mí que esté en posesión del Departamento no se divulgará sin mi consentimiento escrito firmado e informado. Consulte la declaración de privacidad adjunta.
- Entiendo mi derecho a tomar decisiones informadas en el desarrollo de mi plan individualizado de empleo, y ejercí mi derecho de decisión informada en el desarrollo de mi plan.
- Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas y lo ejercí en la elección del objetivo de trabajo específico, los servicios, los proveedores de servicios, los entornos y los métodos para coordinar los servicios.
- Mi objetivo de trabajo refleja mis puntos fuertes, recursos, prioridades, preocupaciones, habilidades, capacidades, intereses y decisión informada.
- Entiendo que mi consejero tiene la responsabilidad de revisar, evaluar y tomar una determinación con respecto a la aprobación de mi plan.
- Mi consejero revisó conmigo mis derechos y responsabilidades.
- Entiendo que mi plan será revisado y evaluado periódicamente, al menos una vez al año, como se define en el plan.
- Si es necesario hacer cambios en el plan, mi consejero y yo analizaremos los cambios y firmaré una enmienda.
- Entiendo que la falta de participación, cooperación o esfuerzos razonables para llevar a cabo mi plan puede tener como resultado el cierre de mi registro de servicios y en la pérdida de futuros servicios.

PLAN INDIVIDUALIZADO DE EMPLEO

DR 215 (Rev. 05/22)

- Entiendo que solo recibiré los servicios y la asistencia que sean necesarios y razonables para mi educación, formación o colocación, y que si se me proporciona algún artículo o servicio que no cumpla con este requisito, se lo diré a mi consejero.
- Entiendo que el Departamento revisará los informes de progreso, las notas, los recibos y podrá tomar otras medidas para verificar las compras. Si no proporciono la información solicitada o hago uso inadecuado de los fondos del Departamento, podría tener que reembolsar al Departamento o este podría cerrar mi expediente de servicios.

Al firmar a continuación, reconozco que el consejero de rehabilitación me explicó mis Derechos y recursos (DR 1000) y revisó las funciones y responsabilidades conmigo. Entiendo que este Plan Individualizado de Empleo se hará efectivo una vez que el consejero de rehabilitación y yo firmemos el documento, lo que incluye todos los anexos mencionados a continuación.

Firma del consumidor:	Fecha de la firma:
Firma del padre, madre, tutor o representante (si es necesario):	Fecha de la firma:
Firma del consejero de rehabilitación:	Fecha de la firma:

Anexo - Derechos y recursos DR 1000

Anexo - Responsabilidades del cliente

Anexo - Responsabilidades del consejero

Anexo - Declaración de privacidad

Anexo - Boleto para trabajar (para beneficiarios de SSI/SSDI)