



Addenda de la Solicitud – General

Employ Milwaukee debe pedir a todos los solicitantes del programa que respondan a las preguntas de este formulario. Si bien algunas preguntas pueden parecer de naturaleza personal, sus respuestas nos ayudan a brindarle un servicio de manera efectiva. Su información personal y sus registros se mantienen seguros de acuerdo con las regulaciones federales.

Sección 1: Información del Cliente				
Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	
¿Seguro Suplementario de Ingresos/ Seguro de Discapacidad del Seguro Social?				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solo SSI <input type="checkbox"/> Solo SSDI <input type="checkbox"/> SSI y SSDI <input type="checkbox"/> SSI y un Titular de Boleto <input type="checkbox"/> SSDI y un Titular de Boleto <input type="checkbox"/> SSI y SSDI y un Titular de Boleto <input type="checkbox"/> No Aplica				
Padre Soltero: ¿Tiene la responsabilidad principal de uno o más hijos menores de 18 años (<u>a quienes reclama como dependientes para fines fiscales</u>) debido a que es soltero, separado, divorciado o viudo? O ¿Eres una mujer soltera embarazada?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	
Embarazada o con Hijos: ¿Es usted padre (incluido el de crianza o adoptivo) o tutor legal de uno o más personas menores de 18 años? O es usted una mujer embarazada? Nota: Los padres deben responder esta pregunta independientemente de su estado de custodia.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	
¿Tiene una discapacidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no Revelarlo.		
Sección 2: Información sobre el estado de discapacidad Complete esta sección SOLO si tiene discapacidad. <input type="checkbox"/> Toda la Sección 2 no es aplicable				
Categoría de Discapacidad (seleccione todas las que correspondan). <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar				
<input type="checkbox"/> Condición de Salud Física / Crónica <input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con la Visión <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje <input type="checkbox"/> Discapacidad Cognitiva/Intelectual <input type="checkbox"/> Discapacidad Física/de Movilidad <input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con la Audición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad Mental o Psiquiátrica <input type="checkbox"/> No Aplicable				
¿Recibe servicios para discapacitados financiados por lo siguiente? (Seleccione todas las que correspondan). <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar				
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios de Salud de WI (DHS) <input type="checkbox"/> Una Agencia de Salud Mental Local o Estatal <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Financiado a través de una exención Estatal de Medicaid basada en el Hogar y la Comunidad (HCBS) Waiver				
¿Está empleado actualmente en uno de los siguientes entornos laborales? <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar				
<input type="checkbox"/> Trabajando en un Empleo Integrado Competitivo <input type="checkbox"/> Trabajando en un taller protegido <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Antes Empleado en un Empleo con Apoyo <input type="checkbox"/> Trabajando en Dos o Más Entornos Enumerados Anteriormente <input type="checkbox"/> Trabajando en Empleo Grupal con Apoyo <input type="checkbox"/> No Empleado Actualmente				
¿Cuál de los siguientes servicios de empleo personalizados ha recibido? <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar				
<input type="checkbox"/> Servicios de Evaluación de Descubrimiento <input type="checkbox"/> Empleo Asegurado como Resultado de Recibir Servicios de Empleo Personalizados y Recibir Servicios de Apoyo Extendidos <input type="checkbox"/> Desarrolló plan de Búsqueda de empleo Personalizado <input type="checkbox"/> No ha Recibido Servicios de Empleo Personalizados <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Servicios de Negociación con Empleadores				
¿Cuál de los siguientes servicios de capacidad financiera ha recibido? <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar				
<input type="checkbox"/> Servicios de Planificación de Beneficios <input type="checkbox"/> Planificación de beneficios Y capacidad financiera / Servicios de desarrollo de activos <input type="checkbox"/> Capacidad financiera/servicios de desarrollo de activos <input type="checkbox"/> No ha Recibido Servicios de Capacidad Financiera <input type="checkbox"/> No aplica				
¿Actualmente o ha tenido un Programa de Educación Individualizado (IEP) mientras asistía a la escuela secundaria? <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar				
<input type="checkbox"/> Actualmente tengo un IEP mientras asisto a la escuela secundaria. <input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> Anteriormente tuve un IEP mientras asistía a la escuela secundaria.				
Certificado de asistencia/finalización <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar				
<input type="checkbox"/> Recibí un certificado de asistencia/finalización por completar con éxito un <input type="checkbox"/> Programa de Educación Individualizada (IEP).				
¿Tiene un Plan de la Sección 504 para adaptaciones razonables? <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica				



FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE EMPLEO POR DISCAPACIDAD DE MILWAUKEE

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa o incompleta durante el proceso de solicitud podría dar lugar a la terminación del programa y/o sanciones según lo especificado por la ley. Al firmar a continuación, doy fe de la exactitud de este formulario completo.

Firma del Solicitante	Fecha de Firma
-----------------------	----------------

Employ Milwaukee es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a pedido de las personas con discapacidades. Si necesita que esta información se interprete a un idioma que comprenda o en un formato diferente, sin costo alguno para usted, comuníquese con Carrie Hersh, Oficial de Igualdad de Oportunidades, al (414) 270-1726 o Carrie.Hersh@EmployMilwaukee.org. Las personas sordas o con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con nosotros al número de retransmisión de Wisconsin 711.

¡IMPORTANTE! Este documento contiene **información importante** sobre sus derechos, responsabilidades y/o beneficios. Es fundamental que comprenda la información de este documento, y le proporcionaremos la información en su idioma preferido sin costo alguno para usted. **Llame al (414) 270-1726** para obtener ayuda en la traducción y comprensión de la información de este documento.

¡IMPORTANTE! Este documento contiene **información importante** sobre sus derechos, responsabilidades y/o beneficios. Es importante que usted entienda la información en este documento. Nosotros le podemos ofrecer la información en el idioma de su preferencia sin costo alguno para usted. **Llame al (414) 270-1726** para pedir asistencia en traducir y entender la información en este documento.

TSEEM CEEB! Daim ntawv no muaj ib **cov lus tseem ceeb** qhia paub txog koj cov cai, cov luag hauj lwm thiab/los yog cov kev pab. Nws yog ib qho tseem ceeb uas koj yuav tau to taub cov lus nyob hauv daim ntawv no, thiab peb yuav muab tau cov lus no txhais ua koj hom lus yam koj tsis tau them nyiaj dab tsi. **Hu rau (414)-270-1726** yog xav tau kev pab kom muab cov lus nyob hauv daim ntawv no txhais rau koj kom koj to taub.