Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
División de Servicios de Rehabilitación

PLAN INDIVIDUALIZADO DE EMPLEO

Nombre del Cliente: _____

Número de Caso:

Consejero(a)/Instructor(a) de Rehabilitación:

Fecha:

Número:

Revisión Anual ☐

Cambio en las Metas ☐

Cambio en Servicios ☐

META

Yo entiendo que soy elegible para recibir servicios por medio del Programa de Rehabilitación Vocacional de la División de Servicios de Rehabilitación (DRS), ya que soy un individuo con una discapacidad y necesito servicios para obtener, mantener, progresar o conseguir un nuevo trabajo. Yo he escogido _____ como mi objetivo de trabajo y espero lograr mis metas de empleo para el: _____.

Yo entiendo que puedo apelar cualquier decisión o cambios que haya en mi plan con los que yo no estoy de acuerdo. Se me han dado mis derechos de apelación y los entiendo. Yo entiendo que puedo llamar gratis a CAP si necesito ayuda al 1-800-641-3929 (V/TTY).

Basado en mi selección informada, mi consejero(a) y yo hemos discutido los servicios y hemos aprobado los proveedores de servicios necesarios para lograr mi meta y cómo obtener dichos servicios. Mi consejero(a) y yo hemos seleccionado los servicios y aprobado los proveedores de servicios indicados a continuación.

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
División de Servicios de Rehabilitación

Nombre del Cliente: _____

Número de Caso: _____

SERVICIOS:

Servicio:

Proveedor:

Fecha que empieza:

Fecha que Termina:

Origen de los Fondos:

Progreso:

Servicio:

Proveedor:

Fecha que empieza:

Fecha que Termina:

Origen de los Fondos:

Progreso:

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
División de Servicios de Rehabilitación

Nombre del Cliente: _____

Número de Caso: _____

SERVICIOS:

Servicio:

Proveedor:

Fecha que empieza:

Fecha que Termina:

Origen de los Fondos:

Progreso:

Servicio:

Proveedor:

Fecha que empieza:

Fecha que Termina:

Origen de los Fondos:

Progreso:

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
División de Servicios de Rehabilitación

Nombre del Cliente: _____

Número de Caso: _____

SERVICIOS:

Servicio:

Proveedor:

Fecha que empieza:

Fecha que Termina:

Origen de los Fondos:

Progreso:

Servicio:

Proveedor:

Fecha que empieza:

Fecha que Termina:

Origen de los Fondos:

Progreso:

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
División de Servicios de Rehabilitación

Nombre del Cliente: _____

Número de Caso: _____

SERVICIOS:

Servicio: Proveedor: Fecha que empieza: Fecha que Termina: Origen de los Fondos: Progreso:

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
División de Servicios de Rehabilitación

PROGRAMA de EMPLEO SOSTENIDO
PLAN PARA los SERVICIOS de APOYO

_____, _____, y _____ Concuerdan con el siguiente plan para la continuacion de los Servicios de Apoyo.

Este plan se puede enmendar con el consentimiento del cliente y el consejero, se anticipa que _____ empezará el empleo trabajando de _____ con las siguientes horas de apoyo _____. Como se vaya alcanzando el progresso hacia la independencia del trabajo, el equipo de rehabilitación considerará este plan exitoso cuándo _____ este trabajando con .
Para lograr este horario de la reducción de apoyo, _____ proporcionará los servicios siguientes, informando al consejero _____ atravez de

Cuándo el apoyo al cliente se a reducido a un nivel estable por hora y el cliente trabaja de manera consistente _____ Por mes, se llevara acabo la transicion a un Proveedor de servicios Prolongados. El Proveedor de servicios Prolongados será _____. y ha sido identificado como _____.
Un Plan nuevo se escribirá cuando la transición a Servicios Prolongados se lleve acabo.

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
División de Servicios de Rehabilitación

Nombre del Cliente: _____

Número de Caso: _____

Yo entiendo que mi Plan será revisado el: _____ (por lo menos anualmente).

En este momento Yo ☐ No ☐ Espero/creo que necesite Servicios Post-empleo, pero tendré la revisión de mis necesidades antes de que sea cerrado mi caso.

Boleto para Trabajar:

Si Ud. ha sido determinado discapacitado por la Administracion del Seguro Social y califica para El Programa Boleto para Trabajar, Ud. esta de acuerdo con asignar el DSH/ Servicios de la Division de Rehabilitacion su Boleto para Trabajar con su firma en este documento.

X_____ _____ _____

Cliente Fecha Padre / Tutor

_____ _____

Consejero(a)/Instructor(a) de Rehabilitación Fecha

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
División de Servicios de Rehabilitación

Nombre del Cliente: _____

Número de Caso: _____

Responsabilidades personales del Cliente para lograr sus objetivos de trabajo son:

Comentarios: