

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE CONSEJERÍA PARA SALUD Y EMPLEO (HEC) (Health and Employment Counseling [Hec] Application)

Debe completar este formulario para inscribirse en el programa de Health and Employment Counseling (Consejería para salud y empleo, HEC). Toda información que se recolecte aquí se usará para establecer su inscripción al HEC. Esta solicitud también funciona como su plan de empleo. Conserve una copia rellena de esta solicitud para su expediente, a fin de que pueda seguir su plan de empleo.

Nota: Si ya cuenta con un plan de empleo reciente de un agencia como la Division of Vocational Rehabilitation (División de Rehabilitación Laboral) o un proveedor de servicios comunitarios, no es necesario que complete todo el plan de empleo. Complete únicamente las secciones de la solicitud que no cubre su otro documento de empleo y, a continuación, adjunte una copia de su otro plan.

Para obtener ayuda con el llenado de esta solicitud, consulte la Guía del Consumidor del programa de Consejería para salud y empleo, disponible en dhs.wi.gov/employment-skills/hec.htm.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (en letra imprenta)

Nombre del solicitante	Fecha de nacimiento	Número de caso (si lo hay)	Fecha de solicitud
Dirección		Ciudad	Código postal
Condado de residencia		Número de teléfono	

Información de contacto de la persona que le está ayudando a llenar esta solicitud (si la hay)

Agencia (si corresponde)	Nombre	Cargo (si corresponde)	Número de teléfono
Dirección		Ciudad	Código postal

SECCIÓN 2: PRESTACIONES

Marque a continuación las prestaciones que recibe (SSI, SSDI, Jubilación de Seguro Social, FoodShare, etc.).

<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI)	<input type="checkbox"/> FoodShare
<input type="checkbox"/> Social Security Retirement (Jubilación de Seguro Social)	<input type="checkbox"/> Social Security Disability Insurance (Seguro por Discapacidad del Seguro Social, SSDI)
Si está recibiendo Jubilación de Seguro Social, ¿anteriormente recibió SSDI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad para Veteranos

Marque la casilla correspondiente al estado de su resolución de discapacidad.

Sí, tengo una resolución de discapacidad. Fecha de decisión o inicio:

Tengo una resolución de discapacidad pendiente. Fecha de inicio:

No tengo una resolución de discapacidad, pero ya presenté mi solicitud para obtener una. Fecha de solicitud:

No, no tengo una resolución de discapacidad y no presenté mi solicitud para obtener una. Si marca esta casilla, no es necesario que continúe con su solicitud, ya que no reúne los requisitos para el programa de HEC.

¿Actualmente participa en el Medicaid Purchase Plan (Plan de compra de Medicaid, MAPP)? Sí No

De ser así, ¿cuándo termina la cobertura?

¿Por qué terminan sus beneficios de MAPP?

Consejería de beneficios—¿Anteriormente ha recibido servicios de consejería de beneficios? Sí No

De ser así, ¿cuándo recibió la consejería de beneficios?

Nombre – Especialista de beneficios	Nombre – Agencia
-------------------------------------	------------------

Dirección	Ciudad	Código postal
Correo electrónico	Número de teléfono	
En los últimos 12 meses, ¿ha recibido un resumen de los beneficios a los que tiene derecho? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SECCIÓN 3: PLANIFICACIÓN DE EMPLEO

Estoy trabajando con la Division of Vocational Rehabilitation (División de Rehabilitación Laboral) y he adjuntado mi plan de empleo cumplimentado y firmado.

Estoy trabajando con el programa FoodShare Employment and Training (Capacitación y Empleo de FoodShare, FSET) y he adjuntado mi plan de empleo cumplimentado y firmado.

Empleo: incluya cualquier empleo que le gustaría tener en los próximos nueve meses. Sea lo más específico posible. Por ejemplo, repositor, obrero, auxiliar de oficina, cajero, soldador o maestro. No incluya compromisos o intereses de voluntariado, ya que esto no cumple el requisito de trabajo para MAPP. **Clasifique los trabajos de 1 a 3, donde 1 es su primera opción.**

1.

2.

3.

Aptitudes y personalidad: ¿Qué aptitudes y rasgos de personalidad tiene que hacen que estos trabajos sean una buena elección para usted? Por ejemplo, buena actitud, don de gentes, saber escuchar, estar dispuesto a asumir responsabilidades, saber hacer preguntas o manejar bien los números.

1.

2.

3.

4.

5.

Desarrollo de aptitudes: ¿Qué habilidades necesita mejorar para conseguir un empleo en los trabajos que ha mencionado?

Obstáculos para el empleo: piense en su(s) objetivo(s) laboral(es) de la Sección 3. ¿Qué le impide ir a trabajar ahora? Por ejemplo, el transporte, el equipo, la falta de formación o de habilidades, los cuidados de un asistente o la necesidad de hacer pausas en el trabajo debido a su discapacidad.

Anotar estos obstáculos le ayudará a pensar cómo puede superarlos. Tenga en cuenta que estos retos pueden cambiar a medida que encuentre un empleo y comience a trabajar. Es posible que tenga que volver a consultar esta lista ocasionalmente y anotar los nuevos problemas que experimente mientras busca empleo.

Obstáculos para el empleo

Pasos para eliminar el obstáculo

1.

2.

3.	
4.	
5.	

Recursos contra los obstáculos: ¿Quiénes son las personas o agencias que pueden ayudarle a superar sus obstáculos laborales?

Esta sección le ayudará a dar seguimiento a sus contactos. El programa de HEC no se comunicará con ninguna de las personas que usted incluya en esta sección.

Nombre	Rol	Número de teléfono
1.		()
2.		()
3.		()
4.		()
5.		()
6.		()

SECCIÓN 4: CONECTARSE CON LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD

Crear redes con los recursos de la comunidad: ¿Con qué organizaciones, si las hay, ya se ha reunido para hablar de sus objetivos laborales y sus planes para superar los obstáculos al empleo?

Esta sección le ayudará a dar seguimiento a sus contactos. El programa de HEC no se comunicará con ninguna de las personas que usted incluya en esta sección.

Organización	Fecha

¿Con qué organizaciones, si las hay, tiene previsto ponerse en contacto para abordar cualquier otro obstáculo laboral, y cuándo planea ponerse en contacto con ellas?

Crear un plan: tome su **trabajo número uno de la Sección 3** y anote los pasos necesarios para obtenerlo. Indique también cuándo planea dar estos pasos y quién puede ayudarle a darlos. Tenga presente que estos pasos pueden cambiar conforme reúna información.

Pasos necesarios	¿Cuándo?	¿Quién puede ayudar?

SECCIÓN 5: RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE

Entiendo que cuando consiga un trabajo, debo informarles que estoy trabajando a mi agencia local y al coordinador del programa de Health and Employment Counseling (Consejería para salud y empleo).

Acuerdo para completar el plan de empleo

Entiendo que al firmar esta solicitud, acepto completar las metas, las acciones, los pasos y las actividades que he anotado en este plan.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando una persona discapacitada se plantea un empleo, es importante saber cómo puede afectar el trabajo a las prestaciones públicas y privadas. La participación en el programa Health and Employment Counseling (Consejería para salud y empleo) del Medicaid Purchase Plan (Plan de compra de Medicaid) no le exime de posibles efectos negativos del aumento de sus ingresos sobre sus prestaciones. Le corresponde a usted informarse y comprender cómo el empleo y el aumento de los ingresos pueden repercutir en sus prestaciones, y tomar una decisión informada sobre la búsqueda de empleo. Además, al participar en el programa Health and Employment Counseling (Consejería para salud y empleo), el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) no garantiza que usted tenga un empleo al final del periodo de 9 meses. Muchos factores pueden influir en su éxito para encontrar empleo, como el entorno laboral, los objetivos profesionales, la disponibilidad de transporte, etc.

Nombre en letra imprenta – Solicitante

Firma – Solicitante	Fecha de la firma
Firma – Persona que ayudó a llenar este formulario (si la hay)	Fecha de la firma

Envíe su solicitud cumplimentada y firmada a:

Correo: HEC Program Coordinator
PO BOX 7851, Rm. 335
Madison, WI 53707-7851

Fax: 608-223-7755

Correo electrónico: DHSHECMailbox@dhs.wisconsin.gov

DHS OFFICE USE ONLY – Do not write in this box	
Date Received	Date Notified
Check Status <input type="checkbox"/> Enrolled <input type="checkbox"/> Not Enrolled (reasons attached)	Initials
Comments	