



Los últimos cuatro (4) números de seguro social:

1.	¿ESTA EMBARAZADA O ES MADRE DE ALGUN JOVEN? (marque uno)		Si	No
2.	¿Es usted un veterano discapacitado? No Si, discapacitado Si, discapacidad especial (30% o más)			
3.	¿Está recibiendo ingresos de Seguro Social por Discapacidad (SSDI)?		Si No	STAFF USE: <i>SS Disability Verification Accepted</i>
4.	¿Considera padecer de una discapacidad? (Si marcó que No, salte a la sección de la firma)		Si No	SI MARCÓ "SI", POR FAVOR ESPECIFIQUE EL TIPO: Muy seria 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: Discapacidad mental o psiquiátrica Los dos – físico y mental Physical/Mobility Impairment Prefiero no contestar Discapacidad relacionada con la visión Condición física/de salud crónica Mental (problema de aprendizaje o deficiencias cognitivas) Físico (dificultad con la movilidad) o sensorial (visual/auditiva)	
6.	¿Recibió servicios de una Agencia Estatal de Discapacidades de Desarrollo (SDDA)?			
7.	¿Recibió servicios de una Agencia Estatal o local de salud mental? (LSMHA)?			
8.	¿Recibió servicios de un proveedor de servicios basados en el hogar y la comunidad bajo un programa estatal de Medicaid (HCBS)?			
9.	Configuración del trabajo de discapacidad:	Taller protegido Desempleado Empleo respaldado por grupos Desconocido	Empleo Integrado Competitivo Empleo con apoyo individual Combinación de dos o mas configuraciones	
10.	Type of customized Employment services received:	Discovery assessment services Employer negotiation services No CES services Unknown	Developed a customized employment search plan Secured employment as a result of receiving customized employment services and received extended support services	
11.	Received disability financial capability:	Benefit planning services No Unknown	Financial capability/asset development services Benefit planning services and financial capability/asset development services	
12.	Section 504 Plan:	Yes No Unknown	Received services from Vocational Rehabilitation?	Yes No Unknown

Customer Certification: My signature below indicates I have been informed of and understand the information contained on this form. I certify under penalty of perjury, all of the above information is true and complete. I agree any information I have supplied is subject to verification.

SIGNATURE OF CUSTOMER:	DATE	PARENT/GUARDIAN SIGNATURE (If under 18 years old, both Customer and Parent/Guardian must sign form.):	DATE