

Perfil de Actividad Vocacional

Si el/la miembro ha indicado que le interesa trabajar, complete una referencia al proveedor de empleo preferido del/la miembro y al programa de Rehabilitación Vocacional. No se demore.

Nombre del/la miembro: _____ Fecha completada: _____

Número de AHCCCS ID: _____ Especialista en empleo: _____

Administrador de casos: _____ Especialista Rehab: _____

Demografía de empleo

¿En qué actividad participa actualmente el/la miembro?

Demografía educativa

¿Cuál es el nivel del grado más alto alcanzado por el/la miembro?

Intereses o metas del/la miembro

¿Cuál diría usted es el trabajo de sus sueños?

¿Qué trabajo le gustaría tener ahora?

¿Qué cree que el trabajo hará por usted personal, financiera y socialmente?

¿Cuántos ingresos necesita al mes?

\$200-\$500
 \$500-\$1,000
 \$1,000-\$3,000
 \$3,000-\$6,000

¿Cuántas horas le gustaría trabajar por semana?

16 hours
 24 hours
 32 hours
 40 hours

¿Qué es lo que más le emociona/inquieta con respecto a volver a trabajar?

Historial laboral

Años desde el último empleo:

Está trabajando actualmente
 0-1 año
 1-3 años
 3-5 años
 >5 años

Calcule el número total de empleos en los que ha trabajado:

1-3 empleos
 4-6 empleos
 >6 empleos
 El/la miembro nunca ha trabajado

¿Cuánto tiempo estuvo usted en el empleo en el que duró más tiempo?

0-1 año
 1-3 años
 3-5 años
 >5 años
 N/A

¿En qué industria duró usted más en su empleo?

¿Le gustaría volver a trabajar en esa industria?

Yes
 No
 Not sure
 N/A

Perfil de Actividad Vocacional

¿Qué apoyos al empleo le interesan al/la miembro? (Seleccione todo lo que sea aplicable)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solicitud de alojamiento | <input type="checkbox"/> Planificación para dejar el empleo | <input type="checkbox"/> Reportando el salario |
| <input type="checkbox"/> Asesoría sobre la apariencia | <input type="checkbox"/> Capacitación para empleados nuevos | <input type="checkbox"/> Límites del lugar de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Asesoría sobre beneficios | <input type="checkbox"/> Papeleo de nueva contratación | <input type="checkbox"/> Modificaciones al lugar de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Resolución de conflictos | <input type="checkbox"/> Revisiones de desempeño | <input type="checkbox"/> Apoyos para la administración del tiempo |
| <input type="checkbox"/> Asesoría sobre la divulgación | <input type="checkbox"/> Aclaración de papeles/roles | <input type="checkbox"/> Planificación de tránsito |
| <input type="checkbox"/> Comunicación efectiva | <input type="checkbox"/> Negociación de papeles/roles | <input type="checkbox"/> Otros apoyos como sean necesarios |
| <input type="checkbox"/> Estableciendo relaciones profesionales | <input type="checkbox"/> Adherencia al horario | |
| | <input type="checkbox"/> Modificación del horario | |

Hablen sobre los beneficios del apoyo continuo para el empleo. (La plática puede incluir pero no estar limitada a adaptarse a los cambios en el lugar de trabajo, la planificación de beneficios, relaciones en el lugar de trabajo, divulgación y adaptaciones.)

¿Qué métodos usará el/la miembro para ir al y regresar del trabajo? (Seleccione todo lo que sea aplicable)

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Vehículo personal | <input type="checkbox"/> Dial-a-Ride | <input type="checkbox"/> Otras formas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apoyos naturales | <input type="checkbox"/> Valley Metro | |

Beneficios

¿El/la miembro ha hablado con especialistas en beneficios? Yes No

¿Qué beneficios recibe usted? (Seleccione todo lo que sea aplicable)

- | | | | |
|---------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Programas de Costo | <input type="checkbox"/> HUD | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> Compartido de Medicare | <input type="checkbox"/> TANF | _____ |
| <input type="checkbox"/> AHCCCS | <input type="checkbox"/> (QMB, SLMB y QI-1) | <input type="checkbox"/> SNAP | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Sección 8 | <input type="checkbox"/> Programas de DES | |

Identifique barreras a la participación en actividades/empleo (Seleccione todo lo que sea aplicable)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Exposición ocupacional a factores de riesgo (Z57) | <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con circunstancias de vivienda y economía (Z59) |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, incluyendo circunstancias familiares (Z63) | <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con la dificultad de administrar la vida (Z73) |
| <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales (Z64) | <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con el estilo de vida (Z72) |
| <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con la educación y alfabetización (Z55) | <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales (Z65) |
| <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con el empleo y desempleo (Z56) | <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con el entorno social (Z60) |
| | <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con la crianza (Z62) |

Recomendaciones del plan ISP:

Firma del/la miembro _____ Fecha _____

Firma del personal clínico _____ Fecha _____

Nota: los Equipos ACT haciendo referencias externas deben documentar ampliamente dentro del expediente médico del/la miembro la racional clínica para fundamentar la referencia..

Adapted from Evidence-Based Practices KIT – Building Your Program www.samhsa.gov
Revised 2019 | File original in medical record