



2. Si es rechazado por el trabajo debido a la discapacidad, explique: \_\_\_\_\_
3. Describa cómo la discapacidad afecta las actividades domésticas y el cuidado infantil: \_\_\_\_\_
4. ¿Quién es el responsable de las tareas domésticas y/o el cuidado infantil? \_\_\_\_\_
5. ¿Existen empleos en la comunidad de tipo que la persona ha realizado?  Sí  No Si responde sí, describa \_\_\_\_\_
- ¿La persona realiza algún trabajo ahora?  Sí  No Si responde sí, describa \_\_\_\_\_

**F. Rehabilitación vocacional:**

1. Estado en la Oficina de Servicios de Rehabilitación Vocacional (fecha de recomendación) \_\_\_\_\_ Planes y decisiones: \_\_\_\_\_
2. Otros tratamientos y/o esfuerzos de rehabilitación: (Corazón, tumor, clínicas, ETMH, DPH, alguna clínica de salud): \_\_\_\_\_

**G. Limitaciones de actividad:** (Descripción de la persona como discapacitada)

1.  Confinado en cama  Silla  Confinado en casa  Ambulante
2. Comienzo de la discapacidad actual (llene la fecha, por favor): \_\_\_\_\_  
 Cómo ha cambiado el estado recientemente: \_\_\_\_\_
3. Indique todas las limitaciones físicas y mentales, desventajas, y las habilidades existentes. Describa cómo y hasta qué medida hace las cosas por sí mismo, cómo puede movilizarse, requiere de ayuda de otras personas, en las actividades usuales del día a día, etc. Compare las actividades actuales con relación a aquellas antes de la enfermedad actual. Incluir la actitud de la familia y el solicitante con respecto a la discapacidad. \_\_\_\_\_

- H. 1.** ¿Está la persona útilmente empleada ahora? (describa) \_\_\_\_\_
2. Ingreso bruto mensual del empleo mencionado arriba (incluya el valor monetario del ingreso en especie): \_\_\_\_\_
3. ¿El patrón de la persona le permite realizar trabajo temporal cuando haya disposición? \_\_\_\_\_
4. ¿Cómo ha logrado vivir desde el surgimiento de la discapacidad? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuándo y cómo fue la primera persona conocida por esta agencia? \_\_\_\_\_

Fecha en que llenó formulario: \_\_\_\_\_