|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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). El programa de HEC está diseñado para personas que solicitan o están inscritas en el Medicaid Purchase Plan (Plan de Compra de Medicaid, MAPP) y no cumplen actualmente con el requisito de trabajo. El programa de HEC puede ayudar a las personas a permanecer en el MAPP mientras trabajan para conseguir empleo.  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/library/collection/P-20220A](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/P-20220A).  Toda información que se recolecte aquí se usará para establecer su inscripción al HEC. Esta solicitud también sirve como su plan de empleo. Conserve una copia rellenada de esta solicitud para su expediente, a fin de que pueda seguir su plan de empleo. También puede comunicarse con el coordinador del programa de HEC para solicitar que le envíen una copia completa por correo.  Una vez que envíe este formulario completo, se tomará una decisión en un plazo de diez días hábiles y le enviaremos una carta de aprobación o denegación.  Si tiene preguntas sobre esta solicitud o el programa de HEC, comuníquese con el coordinador del programa de HEC por teléfono al 866-278-6440 o por correo electrónico a [DHSHECMailbox@dhs.wisconsin.gov](mailto:DHSHECMailbox@dhs.wisconsin.gov). | | | | |
|  | | | | |
| SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (en letra imprenta) | | | | |
| Nombre del solicitante | | Fecha de nacimiento | | Número de caso (si lo hay) |
| Dirección postal | | 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 postal | | Ciudad | | Código postal |
|  | |  | |  |
| SECCIÓN 2: PLANIFICACIÓN DE EMPLEO | | | | |
| Estoy trabajando con la Division of Vocational Rehabilitation (División de Rehabilitación Laboral, DVR) del Department of Workforce Development (Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral) y he adjuntado mi plan de empleo completado y firmado. Pase a la sección 3.  Estoy trabajando con el programa FoodShare Employment and Training (Capacitación y Empleo de FoodShare, FSET) y he adjuntado mi plan de empleo completado y firmado. Pase a la sección 3.  Si **no** tiene un plan de empleo activo con DVR o FSET, debe completar el resto de la sección 2. | | | | |
| **Empleo**: Enumere cualquier trabajo, trabajo por cuenta propia o actividad laboral remunerada en bienes o servicios que desee 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. 1. | | | | |
| 1. 2. | | | | |
| 1. 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? | | | | |
| **Aptitudes** | | | **Pasos para desarrollarlas** | |
| 1. | | |  | |
| 2. | | |  | |
| 3. | | |  | |
| **Obstáculos para el empleo**: Piense en sus objetivos laborales. ¿Qué le impide trabajar actualmente? Los ejemplos de obstáculos incluyen el transporte, el equipo, la falta de formación o de aptitudes o la necesidad de hacer pausas en el trabajo debido a su discapacidad.  Anotar estos obstáculos le ayudará a pensar cómo puede superarlos. Si tiene ideas sobre cómo empezar a eliminar estos obstáculos para el empleo, puede anotarlas aquí. Tenga en cuenta que estos pueden cambiar a medida que encuentre un empleo y comience a trabajar. Es posible que necesite revisar esta lista y anotar obstáculos diferentes más adelante. | | | | |
| **Obstáculo para el empleo** | | | **Pasos para eliminar el obstáculo** | |
| 1. 1. | | |  | |
| 1. 2. | | |  | |
| 1. 3. | | |  | |
| 1. 4. | | |  | |
| 1. 5. | | |  | |
| **Recursos contra los obstáculos**: ¿Conoce a las personas o agencias que pueden ayudarlo a superar sus obstáculos laborales? Esto lo 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. | | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Crear redes con los recursos que hay en la comunidad**: ¿Con qué organizaciones, si las hay, ya se ha reunido para hablar de sus objetivos laborales y sus planes para desarrollar sus aptitudes y 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** |
| 1. | |  |
| 2. | |  |
| 3. | |  |
| 4. | |  |
| 5. | |  |
| ¿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? | | |
| 1. | |  |
| 2. | |  |
| 3. | |  |
| 4. | |  |
| 5. | |  |
| **Crear un plan**: Tome su **trabajo número uno de los indicados anteriormente** y anote los pasos necesarios para obtenerlo. Además, indique cuándo planea realizar estos pasos y quién puede ayudarlo. Tenga presente que estos pasos pueden cambiar conforme reúna información. | | |
| **Pasos necesarios** | **¿Cuándo?** | **¿Quién puede ayudar~~?~~** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

|  |
| --- |
| SECCIÓN 3: RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE |
| Entiendo que, al comenzar a trabajar, debo informar de mi empleo a la 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. |

|  |  |
| --- | --- |
| SECCIÓN 4: FIRMA | |
| **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** |
|  |  |
| 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 de HEC para el MAPP puede aumentar sus ingresos, lo que podría resultar en un cambio en sus otros beneficios. 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 de HEC, el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) no garantiza que usted tenga un empleo al final del período de nueve meses. Muchos factores pueden influir en su éxito para encontrar empleo, como el entorno laboral, los objetivos profesionales, la disponibilidad de transporte, etc. | |
|  | |
| ENVIAR SU SOLICITUD | |
| Envíe su solicitud completa y firmada de una de las siguientes maneras: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Smart Phone with solid fill** | **Aplicación móvil** | **Envelope with solid fill** | **Correo** |
| Tome una foto de todas las páginas del formulario  y envíelas con la aplicación móvil MyACCESS. | | * Si vive en el **condado de Milwaukee**:   MDPU  6055 N. 64th St.  Milwaukee, WI 53218   * Si **no** vive en el condado de Milwaukee:   CDPU  PO Box 5234  Janesville, WI 53547 | |
| **Laptop with solid fill** | **En línea** |
| Suba todas las páginas escaneadas del formulario a  la página de ACCESS. Puede hacer mediante su cuenta  en ACCESS, a la cual puede acceder en [access.wi.gov](https://access.wisconsin.gov/). | |
| **Printer with solid fill** | **Fax** | **User with solid fill** | **En persona** |
| * Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979. * Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 855-293-1822. | | Lleve el formulario a su agencia. Encuentre  la información de contacto de su agencia en [dhs.wi.gov/im-agency](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm). | |