

Herramienta de evaluación de elegibilidad de DVOP

¿Está interesado en recibir planificación profesional personalizada o ayuda para encontrar empleo? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, complete esta herramienta para determinar si es elegible para recibir los servicios especializados de DVOP.

Si la respuesta es negativa, deténgase aquí; puede ser elegible para obtener prioridad de servicio de otro miembro del personal.

Sección A: Miembros del servicio actual

Si actualmente se encuentra en servicio activo, seleccione cualquier afirmación que corresponda a su caso.

- Estoy herido, enfermo o lesionado Y estoy recibiendo tratamiento en un centro de tratamiento militar o en una unidad de recuperación de soldados.
- Estoy a 1 año de la separación o a 2 años de la jubilación, Y he participado en una parte del Programa de Asistencia de Transición (TAP).

Si marcó alguna de estas opciones, un especialista de DVOP puede atenderlo, sujeto a disponibilidad; pase a la **Sección E: Firma del cliente**. De lo contrario, continúe con la **Sección B**.

Sección B: Veteranos elegibles

Si alguna vez ha servido en el ejército, seleccione cualquier afirmación que se aplique a su servicio:

- Presté servicio activo durante más de 180 días consecutivos y fui dado de baja con una baja que no era deshonrosa. (Para la Guardia Nacional/Reserva, el entrenamiento de servicio activo no cuenta para los 180 días).
- Me liberaron del servicio activo debido a una incapacidad relacionada con el servicio.
- Me retiraron del servicio activo debido a una baja como único superviviente.
- Fui miembro de un componente de la Guardia/Reserva; Y presté servicio activo durante un período de guerra o en una campaña o expedición para la cual se autoriza una insignia de campaña, Y fui dado de baja o liberado de dicho deber con una baja que no fue deshonrosa.

Si marcó alguna de estas opciones, se le considera un Veterano elegible; pase a la **Sección D** para determinar si un especialista de DVOP puede atenderlo. De lo contrario, continúe con la **Sección C**.

Sección C: Personas elegibles

Si usted es cónyuge, cuidador familiar o viudo(a) de alguien que sirvió o está sirviendo en las Fuerzas Armadas, seleccione cualquiera de las siguientes afirmaciones que se apliquen a usted:

- Soy el cónyuge o el cuidador familiar de un miembro del servicio actual herido, enfermo o lesionado que está recibiendo atención en un centro de tratamiento militar.

Si marcó la casilla anterior, un especialista en DVOP puede atenderlo; pase a la **Sección E**. De lo contrario, continúe:

- Mi cónyuge era un veterano que murió debido a una incapacidad relacionada con el servicio.
- Mi cónyuge tiene (o mi cónyuge fallecido tenía) una calificación de incapacidad total y permanente relacionada con el servicio del Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Mi cónyuge en servicio activo figura como uno de los siguientes y lo ha estado durante más de 90 días: 1) desaparecido en acción; 2) capturado en el cumplimiento del deber por una fuerza hostil; o 3) detenido o internado por la fuerza en el cumplimiento del deber por una potencia gubernamental extranjera.

Si marcó alguna de las casillas en esta parte de la Sección C, usted es una persona elegible; continúe a la **Sección D** para determinar si un especialista de DVOP puede atenderlo. De lo contrario, deténgase aquí; puede ser elegible para obtener prioridad de servicio por parte de otro miembro del personal.

Aviso a nuestros clientes: Solicitamos esta información para satisfacer mejor sus necesidades de empleo y capacitación. Mantendremos la confidencialidad de toda la información que nos proporcione en la mayor medida permitida por la ley. Si no proporciona esta información no estará sujeto a ningún tratamiento adverso.

Herramienta de evaluación de elegibilidad de DVOP

Sección D: Situaciones de calificación

Complete esta sección únicamente si así lo indica **Sección B: Veteranos elegibles** o **Sección C: Personas elegibles**. Seleccione cualquiera de las afirmaciones que correspondan a su caso.

- Tengo una incapacidad, que puede incluir cualquiera de las siguientes:
 - Tengo derecho a una indemnización por una incapacidad relacionada con el servicio por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) de los EE. UU., o actualmente tengo un reclamo por incapacidad pendiente con el VA.
 - Me dieron de baja del servicio activo debido a una incapacidad relacionada con el servicio.
 - Tengo otra discapacidad, es decir, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.
- Soy un veterano elegible y parte de mi servicio militar, naval o aéreo activo fue durante la era de Vietnam, lo que significa:
 - Serví en la República de Vietnam en cualquier momento entre el 1 de noviembre de 1955 y el 7 de mayo de 1975, o
 - Cualquier parte de mi servicio activo fue entre el 5 de agosto de 1964 y el 7 de mayo de 1975.
- Soy un veterano elegible y fui dado de baja o liberado del servicio activo en los últimos tres años.
- Un representante del Departamento de Asuntos de Veteranos me recomendó servicios de empleo.
- Estoy experimentando falta de vivienda, incluida cualquiera de las siguientes:
 - No tengo (ni puedo obtener) un lugar fijo, regular, adecuado y permanente donde vivir.
 - Pronto perderé mi vivienda y no tendré otro lugar donde ir.
 - Estoy intentando huir de la violencia doméstica y no tengo una residencia segura ni recursos para obtener una vivienda permanente segura.
- He sido sometido a cualquier etapa del proceso de justicia penal y/o necesito ayuda para superar barreras laborales resultantes de un antecedente de arresto o condena.
- Tengo entre 18 y 24 años.
- No tengo un diploma de escuela secundaria o certificado equivalente.
- Recibo (o he recibido en los últimos 6 meses) asistencia pública a través del programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP), el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o los programas estatales o locales basados en ingresos.
- Mi ingreso familiar total no excede el más alto de la línea de pobreza, o el 70% del nivel de ingreso estándar de vida más bajo. (Solicite ayuda si cree que esto podría aplicarse a su caso).
- Estoy desempleado y estoy disponible para trabajar.
- Soy cabeza de familia monoparental.

Si marcó alguna de estas opciones, es elegible para recibir servicios de especialistas de DVOP; continúe con la **Sección E**. De lo contrario, es posible que sea elegible para recibir prioridad de servicio por parte de otro personal.

Sección E: Firma del cliente

Si fue dirigido aquí desde una sección anterior, usted es elegible para recibir servicios especializados de DVOP según sus respuestas. Al completar estos campos, usted certifica que sus respuestas son verdaderas según su leal saber y entender.

Nombre:

Fecha:

Firma:

Uso exclusivo de AJC

Admisión por:

Remitido a: Especialista DVOP:

Fecha:

Otros miembros del personal del AJC: