

Solamente FSE y J
 El cliente es:
 Obligatorio
 Voluntario

**Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
 Programa de Independencia Familiar/Estampillas Alimenticias
 FORMULARIO DE REFERENCIA/COMUNICACIÓN DEL CLIENTE**

INDEPENDENCIA FAMILIAR/ESTAMPILLAS ALIMENTICIAS	* Nombre:		* Número de Seguro Social:		
	Dirección:		Número de CHIP:		
	Teléfono:		Condado:		
	Meta Vocacional:		* Referido por:		
			Teléfono de la Agencia:		
	* Complete estas áreas SOLAMENTE para referencias dentro de la misma agencia. Complete todas las áreas para referencias entre distintas agencias.				
	* Referido a: Dentro de la Misma Agencia		Referido a: Distintas Agencias		
	<input type="checkbox"/> Evaluación <input type="checkbox"/> Entrenamiento en Habilidades para la Vida Familiar <input type="checkbox"/> Club de Trabajo <input type="checkbox"/> Promotor de Trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo Solicitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento en el Lugar del Trabajo <input type="checkbox"/> Experiencia de Trabajo <input type="checkbox"/> Suplemento de Trabajo <input type="checkbox"/> Especialista en Adaptación de Estudiantes Jóvenes <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Razón: _____ _____ _____		<input type="checkbox"/> Educación Para Adultos <input type="checkbox"/> Alcohol y Drogas <input type="checkbox"/> Comisión de Seguridad de Empleo <input type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> JTPA <input type="checkbox"/> Alfabetización <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Entrenamiento en el Lugar del Trabajo <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Razón: _____ _____ _____		
	Fecha de la Cita:		Lugar:		Hora:
	<input type="checkbox"/> No se requiere que este cliente siga participando. Razón: _____ _____				

PROVEEDOR	<input type="checkbox"/> Aceptado. Comentarios: _____ _____	
	<input type="checkbox"/> No Aceptado. Razón: _____ _____ _____	
	Este cliente no:	
	<input type="checkbox"/> Se presentó ante el proveedor el: _____ . <input type="checkbox"/> Asistió a una entrevista de trabajo el: _____ . <input type="checkbox"/> Asistió a una cita el: _____ . <input type="checkbox"/> Aceptó una oferta de empleo en: _____ . <input type="checkbox"/> Rechazó referencias para un trabajo en: _____ . <input type="checkbox"/> Razón: _____ _____	
	Este cliente ha empezado a trabajar.	
Empleador: _____ Posición de Trabajo: _____ Salario: _____ No. Horas/Semana: _____ Fecha de Comienzo: _____ Comentarios: _____ _____ _____		
Firma del Proveedor del Servicio:		Fecha:

Firma del/a Trabajador/a de Independencia Familiar (FI): _____ Fecha: _____
 DSS Form 1234 SPA (MAY 02)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE DSS 1234 SPA

Independencia Familiar: El personal de Independencia Familiar debe completar esta sección.

Proveedor: El proveedor debe completar esta sección.

Distribución:

Original (Blanco) y Amarillo – Proveedor

Rosado – Cliente

Dorado – Registro del Caso