

Proyecto RETAIN de [STATE NAME]

Retaining Employment & Talent after Injury/Illness Network (Red para la conservación del empleo y de los empleados cualificados después de una lesión o enfermedad)

Formulario de información para inscribir al participante: Primera parte
PARA QUE LA LLENE EL PARTICIPANTE

SE DEBE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS

1. Nombre completo

Primero

Segundo

Apellido

2. Dirección postal:

Calle (o aptdo. postal)
postal

Ciudad

Estado

Código

3. Dirección de correo electrónico:

_____ @ _____

4. Teléfono:

|_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|

5. Fecha de nacimiento:

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|

Mes Día

Año

6. Número del seguro social:

|_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|

7. ¿En qué idioma prefiere comunicarse?

MARQUE SOLAMENTE UNO.

- En inglés
 - En español
 - En otro idioma (*especifique*)
-

8. ¿Cuál es su sexo?

MARQUE SOLAMENTE UNO.

- Masculino
- Femenino

9. ¿Es de origen hispano, latino o español?

MARQUE SOLAMENTE UNO.

- Sí
- No

10. ¿Cuál es su raza?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN.

- Soy de raza blanca
- Soy de raza negra o afroamericano(a)
- Soy indígena norteamericano(a) o nativo(a) de Alaska
- Soy asiático(a)
- Soy hawaiano(a) o de las islas del Pacífico

11. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha alcanzado?

MARQUE SOLAMENTE UNO.

- No me gradué de la secundaria o preparatoria
- Me gradué de la secundaria o preparatoria, aprobé el examen de equivalencia (GED) o tengo un certificado de finalización
- Obtuve una licencia o certificado vocacional o un título universitario de un programa de 2 años
- Obtuve un título universitario de un programa de 4 años
- Obtuve un título de posgrado (maestría, doctorado, grado profesional avanzado)

12. ¿Tiene actualmente una lesión o enfermedad que limite el tipo o la cantidad de trabajo que puede hacer?

- Sí
- No

13. En general, ¿cómo diría que es su salud en este momento?

MARQUE SOLAMENTE UNA.

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

14. En los últimos 12 meses, ¿trabajó en un empleo en que le pagaban más de \$1000 al mes (antes de descontar los impuestos y las deducciones)?

Sí

No

15. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual de empleo?

MARQUE SOLAMENTE UNA.

No tengo empleo

Trabajo por cuenta propia

Soy empleado(a) del gobierno, de una empresa privada o de una organización sin fines de lucro

16. ¿Cuántas horas trabajaba normalmente por semana antes de la lesión o enfermedad?

17. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que trabajó?

MARQUE SOLAMENTE UNA.

Trabajé hoy

No hace más de una semana

Hace más de una semana, pero no más de un mes

Hace más de un mes, pero no más de tres meses

Hace más de tres meses

18. ¿Cuánto tiempo ha estado empleado(a) continuamente en su empleo actual?

No más de 6 meses

Más de 6 meses pero no más de 1 año

Más de 1 año pero no más de 2 años

Más de 2 años pero no más de 5 años

Más de 5 años

19. ¿Ha solicitado o recibido prestaciones por discapacidad de la Administración del Seguro Social (como el Seguro por Discapacidad del Seguro Social [SSDI] o el Ingreso Complementario de Seguridad [SSI]) en los últimos 5 años?

Sí

No

20. ¿Está amparado(a) en este momento por alguno de los siguientes tipos de seguro médico?

Marque una respuesta por hilera.

	Sí	No	No sé
a. Plan de seguro privado a través de su empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Plan de seguro privado a través del empleador de un miembro de su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Plan de seguro privado que no tiene que ver con ningún empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Medicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Plan de salud para veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Otro (<i>especifique</i>) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. ¿Recibe ingresos actualmente de alguna de las siguientes fuentes?

Marque una respuesta por hilera.

	Sí	No	No sé
a. Discapacidad del Seguro Social (SSDI o SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Prestaciones para veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Indemnización por accidente de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Seguro de discapacidad privado o proporcionado por un empleador			<input type="checkbox"/>

Marque una respuesta por hilera.

Sí	No	No sé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e. Otro programa público (*especifique*)

Gracias por llenar este formulario. Envíelo a **xxxx. Si tiene preguntas, comuníquese con **xxxx**.**

Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es de 10 minutos por persona en promedio. Si tiene comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre algún otro aspecto de esta recopilación de información, envíelos a: U.S. Department of Labor, Office of Disability Employment Policy, Room S-1313, Constitution Ave., Washington, DC 20210. Según la Ley de reducción de trámites administrativos (*Paperwork Reduction Act*) de 1995, una organización no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información ni una persona está obligada a responderla a menos que la documentación lleve impreso un número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) (*Paperwork Reduction Act OMB Control Number, 1230-0014*).

Declaración sobre la Ley de protección de la privacidad Recopilación y empleo de datos personales

La siguiente declaración se realiza de conformidad con la Ley de protección de la privacidad (*Privacy Act*) de 1974 (5. U. S. C. 552a). La información que se recopile se tratará y conservará de conformidad con la Ley de libertad de información (*Freedom of Information Act*) y la versión enmendada de la Ley de protección de la privacidad (*Privacy Act*) de 1974 (5 U.S.C. 552a). Usted nos proporciona esta información voluntariamente. Sin embargo, si no la proporciona en su totalidad o solo la proporciona en parte, esto le impedirá participar en el proyecto de demostración de RETAIN.

La información que usted nos dé se empleará en el proyecto RETAIN. De este sistema de expedientes se entregará información a la Administración del Seguro Social y a una organización que ha celebrado un contrato con la Administración del Seguro Social para realizar las actividades de gestión del proyecto que tengan relación directa con este sistema de expedientes. La Oficina de Políticas sobre el Empleo de Personas con Discapacidades (*Office of Disability Employment Policy*) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (*United States Department of Labor*) y sus empleados usarán la información que usted proporcione (sin datos de identificación) para fines estadísticos solamente y la conservará en condiciones de confidencialidad al grado máximo que la ley permita. De conformidad con la Ley de protección de la información confidencial y de la eficiencia estadística (*Confidential Information Protection and Statistical Efficiency Act*) de 2002 (*Title 5 of Public Law 107-347*) y otras leyes federales pertinentes, sus respuestas no se publicarán de ninguna forma que revele su identidad sin su consentimiento informado. Según la Ley de mejoramiento de la seguridad informática a nivel

federal (*Federal Cybersecurity Enhancement Act*) de 2015, los sistemas federales de información están protegidos de actividades dolosas mediante métodos de detección de amenazas cibernéticas en los datos que se transmiten.