

Acuerdo de Herramienta de detección de barreras de Wisconsin Works (W-2) Wisconsin Works (W-2) Barrier Screening Tool Agreement

La información personal que usted proporcione se puede usar para otros propósitos [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Nombre del solicitante/participante	Número de identificación personal	Número de RFA/Caso
-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------

Para ayudarle a alcanzar sus objetivos de empleo, es importante recabar información sobre cualquier necesidad médica, emocional o de aprendizaje que le esté impidiendo obtener o mantener un trabajo. Las preguntas de la Herramienta de detección de barreras (*Barrier Screening Tool*, BST) ayudará a recabar esta información.

Las preguntas tratarán sobre su capacidad para participar en actividades cotidianas en un entorno laboral, en su vida doméstica y en la comunidad. Un conjunto de preguntas adicionales ayuda a determinar si usted necesita algún servicios por violencia doméstica.

¿De qué manera el completar la BST le ayudará en el programa W-2?

Sus respuestas a las preguntas de la BST se utilizarán para ayudar a determinar si usted podría beneficiarse de una evaluación formal. Una evaluación formal es una cita con un médico, psicólogo, consejero, especialista en rehabilitación vocacional u otro profesional. Los resultados de la evaluación formal le ayudarán a usted y a su Planificador financiero y laboral (*Financial and Employment Planner*, FEP) a tomar decisiones informadas sobre lo siguiente:

- Su asignación del programa W-2;
- Los objetivos de empleo y las actividades que le ayudarán a alcanzar sus objetivos;
- Su capacidad para realizar actividades de capacitación y educación; y
- Cualquier servicio especial o ajustes al sitio de trabajo que pueda necesitar.

¿Qué es un ajuste?

Los ajustes son cambios que le hacen más fácil hacer sus actividades de W-2. Estos son algunos ejemplos de ajustes y de por qué se necesitan:

- Darle ayuda extra para entender instrucciones si tiene dificultades de aprendizaje;
- Cambiar la hora en que comienza sus actividades si está tomando medicamentos por un problema de salud que le dan sueño en la mañana;
- Darle un lugar de trabajo tranquilo para reducir el ruido si tiene una discapacidad mental; o
- Asignarlo a un área de trabajo sin polvo si sufre de asma o es alérgico al polvo.

Es importante que sepa lo siguiente:

1. Usted no tiene que pagar por la BST.
2. Usted no tiene que responder a todas las preguntas de la BST. Si alguna de las preguntas de la BST le hacen sentirse incómodo, puede decírselo al trabajador de W-2 y él o ella pasará a la pregunta siguiente.
3. Su información se mantendrá en forma privada. Las respuestas que usted proporcione serán confidenciales. Sus respuestas a la BST sólo serán utilizadas por la agencia W-2 para ayudarle en el programa W-2. Si completa una evaluación formal, es posible que le pidan que comparta sus respuestas con el profesional que está realizando la evaluación. Si se muda y solicita beneficios W-2 de una agencia W-2 distinta, las respuestas de su BST se compartirán con la nueva agencia W-2.
4. Usted puede decidir no completar la BST. Si rehúsa completar la BST, no se le sancionará de ninguna manera. No se le sancionará ni se determinará que no es elegible para W-2 en base a su decisión de rehusar la BST.
5. Si rehúsa completar la BST, pero da otra información útil sobre una discapacidad u otra cosa que le impide participar en W-2, se usará esa información para ayudar a determinar lo siguiente:
 - Su asignación del programa W-2;
 - Los objetivos de empleo y las actividades que le ayudarán a alcanzar sus objetivos;

- Su capacidad para realizar actividades de capacitación y educación; y
- Cualquier servicio especial o ajustes al sitio de trabajo que pueda necesitar.

6. Usted puede pedir hacer la BST más tarde si cambian sus necesidades médicas, emocionales, de aprendizaje o familiares.

El solicitante/participante debe marcar una de las casillas siguientes, indicando si ha aceptado o rehusado completar la BST y debe firmar a continuación.

Acepto completar la BST en este momento. Si me mudo y solicito beneficios W-2 de una agencia W-2 distinta, mis respuestas a la BST se compartirán con la nueva agencia W-2.

Rehusó completar la BST en este momento.

Firma del solicitante/participante		Fecha de la firma
Representante de la agencia W-2	Cargo	Fecha de la firma