

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	<b>* Nombre:</b>		<b>* Número de Seguro Social:</b>	
	Dirección:		Número de CHIP:	
	Teléfono:		Condado:	
	<b>Meta Vocacional:</b>		<b>* Referido por:</b>	
	Teléfono de la Agencia:			
	<b>* Complete estas áreas SOLAMENTE para referencias dentro de la misma agencia.</b> Complete todas las áreas para referencias entre distintas agencias.			
	<b>* Referido a: Dentro de la Misma Agencia</b>		<b>Referido a: Distintas Agencias</b>	
	<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: _____ _____ _____	
	<b>Este cliente no:</b>	
	<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: _____ _____	
	<b>Este cliente ha empezado a trabajar.</b>	
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