



Comisión de la Fuerza Laboral de Texas  
 Programa de Adquisición de Personas con Discapacidades  
 Centro Comunitario de Rehabilitación



## Evaluación y Planificación Vocacional Centrado en el Empleado

### Información General

Nombre del empleado:	ID del empleado:
Nombre del asesoró:	Fecha de evaluación:

### Evaluación de Preferencias Laborales de los Empleados

*Si tuvieras un trabajo, ¿qué estaría bien y qué no?*

Requisitos del trabajo	Bien	No Esta Bien	Comentarios
Trabajar adentro			
Trabajar al aire libre (incluido el mal tiempo)			
Labor física			
Recoger cosas			
Trabajo clerical			
Limpiar			
Organizar y clasificar			
Trabajar con comida			
Trabajar con la computadora			
Leer cosas			
Escribir cosas			
Matemáticas			
Hacer la misma cosa todo el día			
Hacer muchas cosas diferentes durante el día			
Trabajar en la oficina			
Trabajar en una fabrica			
Trabajar en una tienda			
Trabajar en un almacén			
Trabajar en un edificio pequeño			

## Evaluación de Preferencias Laborales de los Empleados (continuación)

*Si tuvieras un trabajo, ¿qué estaría bien y qué no?*

Requisitos del trabajo	Bien	No Esta Bien	Comentarios
Trabajar en un edificio grande			
Trabajar solo			
Trabajar con pocas personas			
Trabajar con muchas personas			
Trabajar en un sitio que es ruidoso			
Trabajar en un sitio que es silencioso			
Requisito de hablar con la gente			
Requisito de estar silencioso todo el día			
Tener un supervisor cerca la mayor parte del día			
No tener supervisor cerca la mayor parte del día			
Ayudar a los clientes			
Trabajar con animales			
Trabajar con plantas			
Vestirse bien para el trabajo			
Usar un uniforme			
Vestirse casualmente			
Moverse, dar vueltas y caminar			
Sentarse todo el día			
Ensuciarse en el trabajo			
Tener que mantenerse limpio en el trabajo			
Trabajar principalmente con personas más jóvenes que tú.			
Trabajar principalmente con personas mayores que tú.			
Trabajar con niños			
Comenzar el trabajo en las mañanas			
Comenzar el trabajo en las tardes			

### Evaluación de Preferencias Laborales de los Empleados (continuación)

Si tuvieras un trabajo, ¿qué estaría bien y qué no?

Requisitos del trabajo	Bien	No Esta Bien	Comentarios
Comenzar el trabajo en las noches			
Trabajar los fines de semana			
Trabajar los días festivos			

· ¿Cuántas horas al día le gustaría trabajar? \_\_\_\_\_ · ¿Cuántos días de la semana le gustaría trabajar? \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Evaluación del Historial de Trabajo del Empleado

· ¿Dónde has trabajado?

\_\_\_\_\_

· ¿Qué trabajos le han gustado?

\_\_\_\_\_

· ¿Qué trabajos no le han gustado?

\_\_\_\_\_

· ¿Cuáles fueron las cosas sobre el(los) trabajo(s) que le gustaron?

\_\_\_\_\_

· ¿Cuáles fueron las cosas sobre el(los) trabajo(s) que no le gustaron?

\_\_\_\_\_

· Ahora que ha pensado en lo que le gusta y lo que no le gusta, haga una lista de trabajos que le podrían gustar y/o los tipos de lugares en los que le gustaría trabajar.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Comportamientos Laborales de los Empleados**

Llega a tiempo		Inicia el trabajo/tarea de forma independiente		Responde apropiadamente a la(s) solicitud(es) del supervisor	
Llega bien arreglado		Puede mantener un ritmo constante de producción.		Reconoce y acepta los cambios en el contrato/ actividad	
Reporta a el área de trabajo		Sigue la rutina establecida de trabajo/entrenamiento		Acepta supervisión de supervisor no conocido	
Identifica el contrato/la actividad actual		Trabaja bien con personas		Acepta supervisión de supervisor conocido	
Se prepara independientemente para el trabajo		Obtiene/repone suministros de trabajo/entrenamiento		Completa las tareas dentro de los plazos establecidos	
Asiste regularmente al trabajo		Pide ayuda cuando necesita dirección		Demuestra interacción apropiada con compañeros de trabajo	
Notifica al supervisor si no puede llegar al trabajo o va a llegar tarde		Identifica errores		Notifica al supervisor de problemas	
Usa ropa/zapatos apropiados para el lugar de trabajo/área de entrenamiento		Corrige errores		Capaz de identificar el rol del empleado/aprendiz	
Permanece en el área de trabajo/entrenamiento durante el tiempo de trabajo/entrenamiento		Muestra disposición a ofrecerse como voluntario para las tareas		Limpia el área de trabajo/entrenamiento al final del día	
Identifica los tiempos de descanso adecuados/Regresa en el momento adecuado		Completa la tarea y solicita una nueva tarea al finalizar el día			

*Comentarios:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Área(s) a abordar en las metas y objetivos:

**Entrenamiento Personal de Ajuste Social**

- Comportamientos laborales aceptables
- Uso adecuado de la gestión del tiempo/programación
- Resolución de conflictos
- Desarrollar o restaurar la confianza en uno mismo
- Desarrollar comportamientos socialmente aceptables
- Gestión de la discapacidad
- Establecer la etiqueta básica
- Otro:

- Apariencia y arreglo personal
- Salud y higiene de la persona
- Habilidades de autodefensa
- Autoevaluación
- Relaciones sociales
- Gestión del tiempo/programación
- Interacción en el lugar de trabajo
- Otro:

**Capacitación de Ajuste Laboral**

- Aceptación de supervisión y dirección
- Habilidades para la vida diaria
- Comunicación efectiva
- Establecimiento de metas
- Aseo, higiene, vestimenta de trabajo y/o código de vestimenta
- Motivación
- Resolución de problemas
- Otro:

- Autorregulación/confianza
- Habilidades sociales
- Comprender los roles y responsabilidades en el lugar de trabajo
- Ética laboral
- Prácticas de trabajo y productividad (incluyendo seguridad y velocidad)
- Tolerancia al trabajo
- Otro:

**Empleo Integrado Competitivo**

Entiendo que este plan de empleo puede incluir objetivos y entrenamiento fuera del entorno de CRP. He sido informado de mis opciones de empleo en un empleo integrado competitivo y comprendo que mis empleadores me ayudarán a alcanzar mis metas laborales, cualesquiera que sean.

Firma del empleado:

Fecha:

Firma del representante legalmente autorizado, si corresponde:

Fecha:

**Metas y Objetivos**

<b>Meta 1:</b>			
Objetivos	Fecha de Envío	Fecha de Logro Proyectada	Fecha de Consecución
A:			
B:			
C:			
Actividades y intervenciones:			
Descripción de habilidades a la entrada del entrenamiento:			
<b>Meta 2:</b>			
Objetivos	Fecha de Envío	Fecha de Logro Proyectada	Fecha de Consecución
A:			
B:			
C:			
Actividades y intervenciones:			
Descripción de habilidades a la entrada del entrenamiento:			
<b>Meta 3:</b>			
Objetivos	Fecha de Envío	Fecha de Logro Proyectada	Fecha de Consecución
A:			
B:			
C:			
Actividades y intervenciones:			
Descripción de habilidades a la entrada del entrenamiento:			

**Metas y Objetivos (continuación)**

<b>Meta 4:</b>			
Objetivos	Fecha de Envío	Fecha de Logro Proyectada	Fecha de Consecución
A:			
B:			
C:			
Actividades y intervenciones:			
Descripción de habilidades a la entrada del entrenamiento:			

<b>Meta 5:</b>			
Objetivos	Fecha de Envío	Fecha de Logro Proyectada	Fecha de Consecución
A:			
B:			
C:			
Actividades y intervenciones:			
Descripción de habilidades a la entrada del entrenamiento:			

**Comentarios Adicionales**

Comentarios adicionales, si hubiese alguno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signatures**

<b>Firma del Empleado</b>	
Al firmar a continuación, yo, el empleado o representante autorizado, acepto las metas y los objetivos de la Evaluación Vocacional registrados anteriormente. <i>Si usted no está de acuerdo, no firme este formulario.</i>	
Firma del empleado:	Fecha:
Firma del representante legalmente autorizado, si corresponde:	Fecha:
<b>Firma del Asesor</b>	
Al firmar a continuación, yo, el Asesor, certifico que yo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificó las metas, los objetivos y el entrenamiento para el plan del empleado con el empleado, el representante legal autorizado (si corresponde) y el consejero de VR, según corresponda;</li> <li>• Habló sobre la Evaluación Vocacional con el empleado y el representante legal autorizado del Empleado (si corresponde);</li> <li>• Todas las firmas se obtuvieron en la fecha indicada en el campo de fecha del formulario;</li> </ul>	
Firma del asesor:	Fecha:
Nombre impreso y título del asesor:	
<b>Firma del Consejero Vocacional de TWC (si corresponde)</b>	
Al firmar a continuación, yo, el consejero de VR, acepto las metas y objetivos de la evaluación vocacional anterior.	
Firma del consejero VR:	Fecha:
Nombre impreso del consejero VR:	