

**SOLICITUD DE LA LEY DE INNOVACIÓN Y
OPORTUNIDADES DE LA FUERZA LABORAL**
(Esta solicitud NO se utilizará para fines de contratación)



POR FAVOR ESCRIBA DE MANERA CLARA

Apellido: <input type="text"/>	Fecha de nac.: <input type="text"/>
Nombre: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>
# de seguro social: <input type="text"/>	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> se niega a declarar
Dirección: <input type="text"/>	Dirección postal: <input type="text"/>
Ciudad/Estado/C.P.: <input type="text"/>	Ciudad/Estado/C.P.: <input type="text"/>
Teléfono de casa: <input type="text"/>	Tel. para mensajería: <input type="text"/>
Teléfono celular: <input type="text"/>	Correo electrónico: <input type="text"/>

Información general

- Es usted un: Ciudadano de los EE. UU. o territorio de los EE. UU.
 Residente permanente de EE. UU. (*Extranjero/# de USCIS: _____*)
 Extranjero/refugiado admitido legalmente en los EE. UU. (*Extranjero/# de USCIS: _____*)
 Ninguno de las anteriores

¿Está registrado en el Servicio Selectivo? Sí No

Etnia (puede elegir más de una):

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro | <input type="checkbox"/> Indio-americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano/Otro Isleño del pacífico | <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> No deseo contestar | |

Información sobre miembros del servicio en transición/veteranos

- ¿Es miembro del servicio en transición? Sí No
En caso afirmativo, está: Dentro de los 24 meses posteriores a la jubilación Dentro de los 12 meses posteriores a la baja
En caso afirmativo, ¿cuál es su fecha de baja proyectada? _____

¿Es cónyuge de un miembro de las fuerzas armadas que está en servicio activo? Sí No

¿Es veterano? Sí No

- En caso afirmativo, sirvió: Menos de 180 días Más de 180 días
En caso afirmativo, ¿sirvió en más de un (1) período de servicio? Sí No
Fecha de inicio del primer servicio militar: _____
Fecha de finalización del primer servicio militar: _____

¿Es veterano sin hogar? Sí No

En caso afirmativo, ¿está inscrito en un programa de reintegración de veteranos sin hogar? Sí No

Información sobre el empleo

- Es: Empleado
 Empleado, pero he recibido un aviso de rescisión o separación militar
 Desempleado

Si actualmente está desempleado o empleado, pero recibió un aviso de rescisión, ¿se debió al cierre de la empresa o al cierre de todo un departamento dentro de la empresa? Sí No

¿Trabajaba por cuenta propia y recientemente cerró su negocio debido a las condiciones económicas generales? Sí No

¿Está participando en un programa de aprendizaje registrado? Sí No

¿Es elegible para recibir beneficios del seguro de desempleo (UI) o los recibe? Sí No

En caso afirmativo, ¿ha sido exento de los requisitos de búsqueda de trabajo por parte del Departamento de Desarrollo de Empleo (EDD)? Sí No

Si la respuesta es No, ¿ha agotado sus beneficios del Seguro de Desempleo (UI)? Sí No

En retrospectiva, ¿ha sido remunerado en algún trabajo en las últimas 27 semanas? Sí No

¿Cuál ha sido su ocupación **habitual** (continua más larga) durante los últimos cinco años? _____

Trabajo actual o más reciente:

Nombre de la compañía:		Fecha de inicio:	/ /
Dirección:		Fecha finalización:	/ /
Ciudad/Estado/C.P.:		Salario por hora:	
Contacto:		Horas/semana:	
# de teléfono:		Cargo laboral:	

Motivo de salida: _____

(Para uso exclusivo de la oficina: El trabajo mencionado anteriormente es un TRABAJO TEMPORAL
 El trabajo mencionado anteriormente es el TRABAJO DE DISLOCACIÓN)

Educación

¿Cuál es el grado más alto que ha completado? _____

¿Tiene un diploma de bachillerato, GED o equivalente? Sí No

Si no, y es menor de 18 años, ¿cuál es la última fecha en que asistió al bachillerato? _____

¿Tiene un título o certificado de estudios superiores? Sí No

En caso afirmativo, describa el título/certificado _____

¿Está actualmente asistiendo a la escuela o capacitación? Sí No

¿En caso afirmativo, dónde? _____

Servicios

¿Actualmente recibe servicios de alguno de los siguientes?

¿Educación para adultos (WIOA Título II)? Sí No

¿YouthBuild? Sí No

¿Jobs Corps? Sí No

¿Programa Carl Perkins (Ed. Voc.)? Sí No

¿Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Sí No

En caso afirmativo, es: Solicitante Miembro de la familia

¿Asistencia General (AG)? Sí No

En caso afirmativo, es usted: Solicitante Miembro de la familia

Programa de Igualdad de Oportunidades

Los servicios y las ayudas auxiliares están disponibles a pedido de las personas con discapacidades.

¿Programa de Nutrición de Asistencia Suplementaria (SNAP)? Sí No

¿Programa de Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)? Sí No

En caso afirmativo, es usted: Solicitante Miembro de la familia

¿Está recibiendo algún servicio bajo el Programa de Empleo y Capacitación de SNAP? Sí No

¿Está recibiendo o le han notificado que recibirá una Beca Pell? Sí No

En caso afirmativo, ingrese el monto de la beca para el año escolar, si lo conoce: _____

¿Está recibiendo servicios en el Programa Nacional de Empleos para Trabajadores Agrícolas? Sí No

Información adicional relacionada con la elegibilidad para el programa WIOA

¿El inglés es su lengua materna? Sí No

¿Cuál es tu idioma preferido? _____

¿Se encuentra sin hogar? Sí No

¿Está actualmente en el sistema de cuidado de crianza temporal? Sí No

¿Ha superado la edad del sistema de cuidado de crianza temporal? Sí No

¿Tiene un arresto o condena por un delito mayor o menor? Sí No

(No se le negarán los servicios automáticamente por responder "Sí" a esta pregunta).

¿Tiene menos de 25 años y cuida a uno o más niños? Sí No

¿Ha perdido recientemente su única fuente de apoyo financiero debido a un divorcio, separación o viudez? Sí No

Si recibe TANF, ¿está dentro de los 2 años de agotar su elegibilidad de por vida para TANF? Sí No

¿Es padre o madre soltero(a)? Sí No

Información sobre el tamaño del hogar y los ingresos

¿Cuál es el número total de miembros de la familia que viven en su residencia (cualquier persona, incluido usted mismo, que vive en el hogar y tiene parentesco por sangre, matrimonio o sentencia judicial)? _____

Número de hijos dependientes en la familia menores de 18 años: _____

Ingreso familiar total calculado de los seis (6) meses anteriores: \$ _____

Certificaciones y firmas

[Iniciales] _____ Certifico que he recibido una copia de la **Ley de Igualdad de Oportunidades** y las declaraciones de los **Procedimientos de Resolución de Quejas y Reclamos del Programa**. Comprendo mis derechos y el proceso para presentar una queja de Igualdad de Oportunidades o Queja del Programa.

[Iniciales] _____ Comprendo que, para fines de empleo y/o capacitación, la información proporcionada por mí en esta solicitud, y durante mi participación en el programa, puede compartirse con las organizaciones apropiadas según sea necesario y según lo permita la ley, incluyendo, pero sin limitarse al Departamento de Desarrollo del Empleo, el Departamento de Servicios Sociales, el Departamento de Rehabilitación y otras entidades públicas y privadas, incluidos los posibles empleadores. Entiendo que estas entidades mantendrán mi información estrictamente confidencial. Para atender mejor mis necesidades, apruebo la divulgación de esta información.

Mi firma indica que he sido informado y comprendo la información contenida en esta solicitud. Certifico bajo pena de perjurio que toda la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Comprendo y acepto que cualquier información que he proporcionado está sujeta a verificación. Entiendo que la falsificación de cualquier artículo es

motivo para la terminación de los servicios bajo el programa de la Ley de Oportunidades e Innovación de la Fuerza Laboral y puede resultar en una acción para recuperar el dinero que me pagaron mientras participaba.

Nombre escrito a mano: _____ Firma: _____

Firma del padre o tutor si el solicitante es menor de 18 años: _____

Fecha: _____

Para uso exclusivo de la oficina:

Entrevistador: _____ Iniciales: _____ Fecha: _____

Revisor: _____ Iniciales: _____ Fecha: _____

Derecho a trabajar: _____ / _____ Verificación de edad: _____

Estado del servicio selectivo: Registrado No registrado Exento No requerido

Elegibilidad del programa WIOA: Adulto Adulto de bajos ingresos Trabajador desplazado

Jóvenes (IS) Jóvenes (OS) Jóvenes (Ventana del 5%)

Proyecto especial _____ Proyecto especial _____

de solicitud de WIOA: _____ EO/Formularios de quejas del programa en archivo/Iniciales del personal: _____

Ingresado en CalJOBS

Información relacionada con el estado médico/discapacidad

Nombre del solicitante: _____

Estamos obligados por ley a recopilar y mantener la información sobre el estado médico y de discapacidad por separado de nuestro proceso de recopilación de datos de rutina. Recopilamos la siguiente información para asegurarnos de explorar todas las posibles fuentes de financiación para satisfacer sus necesidades de empleo y formación.

¿Está embarazada? Sí No

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, describa brevemente sus limitaciones relacionadas con el empleo: _____

¿Recibió servicios del programa de Empleo y Rehabilitación Vocacional para Veteranos, a menudo denominado programa del Capítulo 31? Sí No

¿Actualmente recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? Sí No

En caso afirmativo, es: Solicitante Miembro de la familia

¿Actualmente recibe o ha recibido en los últimos seis meses Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)? Sí No

¿Actualmente es titular de un Ticket-to-Work emitido por la Administración del Seguro Social? Sí No

Mi firma indica que he sido informado y comprendo la información contenida en esta página. Certifico bajo pena de perjurio que toda la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que cualquier información que he proporcionado está sujeta a verificación. Entiendo que la falsificación de cualquier artículo es motivo para la terminación de los servicios bajo el programa de la Ley de Oportunidades e Innovación de la Fuerza Laboral y puede resultar en una acción para recuperar el dinero que me pagaron mientras participaba.

Nombre escrito: _____ Firma: _____

Firma del padre o tutor si el solicitante es menor de 18 años: _____

Fecha: _____