

WORKFORCE SOLUTIONS OF WEST CENTRAL TEXAS

Solicitud de asistencia financiera



INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Apellido	Nombre de pila		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	/ /
Dirección física			N.º de apartamento/unidad		
Ciudad	Estado		Código postal		
Número de teléfono principal	Número de teléfono alternativo				
Dirección de correo electrónico	Método de contacto preferido (Marque una de las opciones con un círculo): Dirección de correo electrónico, Vía telefónica, Mensaje de texto, Correo postal				
Proporcione la información de contacto de otras dos personas que siempre puedan comunicarse con usted. En caso de que no podamos comunicarnos con usted, nos pondremos en contacto con estas personas para intentar comunicarnos con usted.					
Nombre	Relación		Teléfono		
Nombre	Relación		Teléfono		
¿Está registrado en el Servicio Selectivo? (solo para hombres nacidos después de 1960)	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, escriba el número de registro del Servicio Selectivo	
¿Se le ha dictado sentencia por haber cometido algún delito menor o delito grave?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿qué delito? Explique		
¿Ha prestado usted o su cónyuge servicio militar?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿quién lo prestó? Detalle las fechas de servicio y la información de la rama militar	Yo presté servicio militar / Mi cónyuge prestó servicio militar (Marque una de las opciones con un círculo): Fechas de servicio- Rama militar-	
En los últimos 24 meses, ¿ha devengado más de ½ de su salario como resultado del trabajo agrícola o del trabajo realizado en una granja?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Ha pertenecido alguna vez o pertenece en la actualidad al sistema de hogares sustitutos para el cuidado de menores?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Trabaja actualmente con cualquiera de nuestros socios comunitarios? (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan):	Rehabilitación vocacional, Educación y alfabetización para adultos, MET, Otro: Especifique _____				
¿Cuál es su nivel más alto de educación?					

¿Posee alguna otra certificación o credencial?	Indíquelas:
--	-------------

INFORMACIÓN LABORAL

¿Estuvo o está programado para cese laboral o despido por parte de su empleador anterior/actual?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿cuándo y en dónde?	¿Está recibiendo en la actualidad Seguro por desempleo?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Está empleado actualmente?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿dónde?			

Complete el siguiente registro de historial laboral a partir del empleo más reciente. Agregue las páginas adicionales que sean necesarias, si necesita más espacio.

Nombre y ubicación de la compañía	Fechas del empleo	AI
Cargo	Responsabilidades	
Motivo del retiro		
Nombre y ubicación de la compañía	Fechas del empleo	AI
Cargo	Responsabilidades	
Motivo del retiro		
Nombre y ubicación de la compañía	Fechas del empleo	AI
Cargo	Responsabilidades	
Motivo del retiro		
Nombre y ubicación de la compañía	Fechas del empleo	AI
Cargo	Responsabilidades	
Motivo del retiro		
Nombre y ubicación de la compañía	Fechas del empleo	AI
Cargo	Responsabilidades	
Motivo del retiro		
Nombre y ubicación	Fechas del empleo	AI

de la compañía	
Cargo	Responsabilidades
Motivo del retiro	

INFORMACIÓN FAMILIAR Y DE INGRESOS

¿Cuántas personas viven con usted?	¿Cuál es el ingreso anual combinado de todas las personas que viven en su casa?
------------------------------------	---

Proporcione la siguiente información de todos los familiares que viven con usted (inclúyase).

Nombre	Parentesco	Edad	Ingreso anual	Fuente de ingresos	Recibe algún tipo de asistencia pública: Tal como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Seguro de Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI), etc.				
					<table border="1"> <tr> <td>SÍ <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:</td> </tr> </table>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>								
En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:									
					<table border="1"> <tr> <td>SÍ <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:</td> </tr> </table>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>								
En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:									
					<table border="1"> <tr> <td>SÍ <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:</td> </tr> </table>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>								
En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:									
					<table border="1"> <tr> <td>SÍ <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:</td> </tr> </table>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>								
En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:									
					<table border="1"> <tr> <td>SÍ <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:</td> </tr> </table>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>								
En caso afirmativo, ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:									

Agregue las páginas adicionales que sean necesarias, si necesita más espacio.

El plan para hacerme cargo de mis obligaciones personales y/o familiares mientras estoy recibiendo capacitación y mientras soy estudiante de tiempo completo es el siguiente (SEA ESPECÍFICO):

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y BÚSQUEDA DE CARRERA PROFESIONAL

¿Para qué programa de capacitación está solicitando asistencia financiera?	Nombre del		Nombre y ubicación del proveedor		
¿Ya le presentó su solicitud al proveedor de capacitación?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿lo aceptaron?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Ya comenzó el programa de capacitación?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha posible de graduación?		
¿Solicitó una beca de PELL?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Programa no elegible para PELL <input type="checkbox"/>		
¿Solicitó alguna otra beca o ayuda financiera para estudiar?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿cuál?		
¿Solicitó algún tipo de préstamo estudiantil para este programa?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿lo aceptó?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			¿Está retrasado en los pagos de algún préstamo estudiantil (para este programa o para otro programa anterior)?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Si tuviera que desempeñar un trabajo específico el resto de su vida, ¿cuál sería?					
<p>*Para asegurarnos de que los candidatos que seleccionamos puedan obtener un empleo en la carrera profesional de su elección al terminar la capacitación, les pedimos a los solicitantes que hagan una investigación inicial sobre las oportunidades que ofrece la carrera para la que calificaron, que estén dispuestos a aceptar y que puedan estar a su disposición al terminar sus programas de capacitación. <u>Ingrese a Work In Texas (www.workintexas.com) y recopile la información de por lo menos tres empleos para los que estaría calificado y para los que le interesaría presentar una solicitud después de finalizar la capacitación. Complete la siguiente tabla con la información que recopiló. Comuníquese con el personal de Workforce Solutions si necesita asistencia para identificar tres publicaciones de empleos o si necesita asistencia para utilizar Work In Texas*</u></p>					
Identificación de la publicación de empleo N.º 1:	Nombre de la compañía y puesto:	Ubicación:	Salario inicial:	Educación mínima requerida:	Experiencia mínima requerida:
¿Son satisfactorios la ubicación de la compañía y el salario inicial para sus necesidades?	¿Cumplirá usted con los requisitos mínimos de educación y experiencia?		¿Existe alguna cuestión que le impida completar de manera satisfactoria una verificación de antecedentes penales y un análisis para detección de drogas?		
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Identificación de la publicación de empleo N.º 2:	Nombre de la compañía y puesto:	Ubicación:	Salario inicial:	Educación mínima requerida:	Experiencia mínima requerida:
¿Son satisfactorios la ubicación de la compañía y el salario inicial para sus necesidades?		¿Cumplirá usted con los requisitos mínimos de educación y experiencia?		¿Existe alguna cuestión que pueda impedirle completar de manera satisfactoria una verificación de antecedentes penales y un análisis para detección de drogas?	
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Identificación de la publicación de empleo N.º 3:	Nombre de la compañía y puesto:	Ubicación:	Salario inicial:	Educación mínima requerida:	Experiencia mínima requerida:
¿Son satisfactorios la ubicación de la compañía y el salario inicial para sus necesidades?		¿Cumplirá usted con los requisitos mínimos de educación y experiencia?		¿Existe alguna cuestión que pueda impedirle completar de manera satisfactoria una verificación de antecedentes penales y un análisis para detección de drogas?	
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Luego de investigar las oportunidades de la carrera profesional que detalló anteriormente, ¿cuáles son los deberes laborales esenciales que usted identifica para cada uno de estos tres empleos?					
Luego de finalizar su programa de capacitación, ¿prevé usted poder desempeñar los deberes laborales esenciales para cada uno de estos tres empleos sin o con la realización de ajustes que sean razonablemente necesarios?					
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

CLÁUSULA DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y FIRMA

Certifico que las respuestas que proporcioné son verdaderas y completas hasta donde tengo conocimiento.

Comprendo que la información falsa o errónea incluida en la solicitud o comunicada durante la entrevista puede descalificarme para recibir asistencia financiera.

X:

FIRMA

FECHA

ÚNICAMENTE PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL TWIST: _____

FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD: _____

SOLICITUD RECIBIDA POR: _____

Si se solicitan, se cuenta con servicios y recursos de ayuda para personas con discapacidades, a disposición de Empleadores/Programas que ofrecen igualdad de oportunidades de empleo. *Servicio de retransmisión: 1-800-735-2989 (TTY)/711 (Voz).*

Este servicio está financiado total o parcialmente con fondos federales. En el sitio web de la Junta puede encontrar información más detallada en <http://workforcesystem.org/107/Public-Information>.

Este documento contiene información importante sobre los requisitos, los derechos, las determinaciones y las responsabilidades del acceso a los servicios del sistema de la fuerza laboral. Hay disponibles servicios de idioma, incluida la interpretación y la traducción de documentos, sin ningún costo y a solicitud.

FORMULARIO OPCIONAL DE ENCUESTA EO

LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA EN ESTE FORMULARIO ES OPCIONAL Y SE RECOPIA PARA EL OBJETIVO PRIMORDIAL DE COMUNICARLA A LAS AGENCIAS CALIFICADORAS FEDERALES Y DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES. SI BIEN ES CIERTO QUE SOLICITAMOS QUE RESPONDA A TODOS LOS RUBROS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN PARA COMPLETAR TODA LA SOLICITUD, PUEDE OPTAR POR DIVULGAR O NO DIVULGAR LA INFORMACIÓN AL SELECCIONAR LA RESPUESTA "PREFIERO NO DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN" QUE APARECE EN ALGUNAS O EN TODAS LAS PREGUNTAS

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA ENCUESTA SE DEBERÁ CONSERVAR DE MANERA TAL QUE SE GARANTICE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA MISMA; ESTA DEBERÁ USARSE ÚNICAMENTE PARA PROPÓSITOS DE REGISTRO E INFORMES PARA LOS PROGRAMAS O ACTIVIDADES FINANCIADOS POR BECAS, SEGÚN CORRESPONDA. WORKFORCE SOLUTIONS OF WEST CENTRAL TEXAS ES UN EMPLEADOR/PROGRAMA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y NO DISCRIMINA POR MOTIVOS DE RAZA, COLOR, RELIGIÓN, SEXO, NACIONALIDAD DE ORIGEN, EDAD, DISCAPACIDAD, AFILIACIÓN O CREENCIA POLÍTICA; NI EN CONTRA DE CUALQUIER BENEFICIARIO, SOLICITANTE O PARTICIPANTE DE PROGRAMAS QUE RECIBEN ASISTENCIA FINANCIERA CONFORME AL TÍTULO I DE LA LEY DE OPORTUNIDAD E INNOVACIÓN DE LA FUERZA LABORAL (WORKFORCE INNOVATION AND OPPORTUNITY ACT, WIOA) BASÁNDOSE EN EL ESTADO DE CIUDADANÍA DE UNA PERSONA O SU PARTICIPACIÓN EN UNA ACTIVIDAD O PROGRAMA QUE RECIBA ASISTENCIA FINANCIERA CONFORME AL TÍTULO I DE LA WIOA.

Apellido		Nombre de pila		Inicial del segundo	Fecha de nacimiento	/	/
Estado civil (Marque una de las opciones con un círculo)	Casado información	Soltero	Divorciado	Viudo	Unión de hecho	Prefiero no divulgar esta información	
Sexo (Marque una de las opciones con un círculo)	Masculino	Femenino	Prefiero no divulgar esta información				
Raza (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan)	Blanca	Negra o Afroamericana	Indio americano o nativo de Alaska	Asiática			
	Nativo de Hawái o Isleño del pacífico		Prefiero no divulgar esta información				
Etnicidad: ¿Tiene ascendencia hispana o latina? (Marque una de las opciones con un círculo)				SÍ	NO	Prefiero no divulgar esta información	
¿Tiene alguna discapacidad conocida? (Marque una de las opciones con un círculo)				SÍ	NO	Prefiero no divulgar esta información	
¿Cuál es su idioma natal/preferido? (Indíquelo a continuación) _____				o (Marque una de las opciones con un círculo) Prefiero no divulgar esta información			

CLÁUSULA DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y FIRMA

Certifico que las respuestas que proporcioné son verdaderas y completas hasta donde tengo conocimiento.

X:

FIRMA

FECHA

Si se solicitan, se cuenta con servicios y recursos de ayuda para personas con discapacidades, a disposición de Empleadores/Programas que ofrecen igualdad de oportunidades de empleo. *Servicio de retransmisión: 1-800-735-2989 (TTY)/711 (Voz).*
 Este servicio está financiado total o parcialmente con fondos federales. En el sitio web de la Junta puede encontrar información más detallada en <http://workforcesystem.org/107/Public-Information>.

Este documento contiene información importante sobre los requisitos, los derechos, las determinaciones y las responsabilidades del acceso a los servicios del sistema de la fuerza laboral. Hay disponibles servicios de idioma, incluida la interpretación y la traducción de documentos, sin ningún costo y a solicitud.