



WIOA TITLE I – APLICACION

Centro de Trabajo de los Estados Unidos de California (AJCC, por sus siglas en inglés):

Hemet Indio Riverside Moreno Valley

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS –USE LETRA LEGIBLE – LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y PUEDE SER USADA PARA REFERIR AL SOLICITANTE A SERVICIOS Y OPORTUNIDADES ADICIONALES

Nombre: _____

Género: M F Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Residencial: _____
(Ciudad, Estado, Código Postal)

Teléfono: _____ Cell Casa **Contacto Alternativo:** _____
Nombre y Numero

Dirección Postal: _____
(Ciudad, Estado, Código Postal)

Correo Electrónico (Obligatorio): _____

Registración en el Servicio Selectivo (hombres nacidos después del 12/31/59): Sí No

Exención Documentada N/A

Verificación de Elegibilidad de Empleo (RTW, por sus siglas en inglés): Ciudadano de Estados Unidos

Residente Permanente de Estados Unidos Extranjero/ Refugiado Admitido Legalmente a Estados Unidos

Raza/Etnia: Negro/Afro Americano Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska

Asiático (especificar) _____

Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico (especificar) _____

Herencia Hispana/Latina: Sí No

Elijo no responder

Si sirvió en el Ejército de los Estados Unidos, o es el cónyuge o dependiente de un veterano, consulte la página 4

Categoría Laboral: Nunca Empleado Sin Empleo Empleado

Empleado, pero recibió notificación de terminación **¿Si está empleado, está subempleando?:** Sí No

¿Está recibiendo beneficios del seguro de desempleo?

Sí, reclamante o que recibe beneficios Sí, beneficios agotados

Sí, referido por EDD – Los Servicios de Perfiles de Trabajadores y Reempleo (RESEA/WPRS, por sus siglas en inglés) No

Cantidad de semanas desempleadas _____

¿Está usted buscando empleo actualmente? Sí No

¿Qué tipo de trabajo estas buscando? _____

¿Tiene usted alguna licencia o certificación relacionada para algún trabajo? Sí No

¿Dentro de los últimos 12 meses ha recibido un aviso de terminación o despido de su empleo?

Sí No

¿Ha trabajado como trabajador agrícola/procesador de alimentos, empaques, viveros o huertos durante al menos 25 días en los últimos 12 meses? Sí No

Si respondió Sí: Trabajador agrícola Migrante Trabajador agrícola migrante

¿Qué clase de empleo agrícola ha realizado? Producción y servicios agrícolas

Establecimiento para alimentos procesados

WIOA TITLE I - APLICACION

Enumere sus últimos dos (2) trabajos comenzando con el último trabajo que tuvo. Esto incluye empleo actual y por cuenta propia.

1. Nombre de la compañía:	Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Título de su posición: Razón de separación:	Fecha de inicio: Fecha de Término:	Salario Por Hora: Horas Por Semana:
2. Nombre de la compañía:	Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Título de su posición: Razón de separación:	Fecha de inicio: Fecha de Término:	Salario Por Hora: Horas Por Semana:

Estado Educativo – Marque la casilla correspondiente:

¿Cuál es su nivel más alto de educación completado? _____

- Equivalencia de escuela secundaria/GED
- 1 año de estudios universitarios/técnicos/vocacionales
- 2 años de estudios universitarios/técnicos/vocacionales
- 3 años de estudios universitarios/técnicos/vocacionales
- 4 años de licenciatura

¿Está asistiendo a la escuela? Sí, asistiendo a la Escuela de Adultos Sí, asistiendo a Educación Alternativa Sí, asistiendo al Colegio/Técnico/Vocacional
 No

Barreras Individuales – Marque todo lo que corresponda:

- Indigente
- Aprendiendo inglés
- Abandono escolar
- Deficiencia de habilidades básicas
- Involucrado en pandilla
- Padre Soltero/a
- Barreras Culturales Sustanciales

Si tiene alguna Discapacidad, Abuso de Sustancias, o Antecedentes Penales, consulte la página 5

¿Usted o su familia han recibido asistencia pública en los últimos 6 meses? Sí No

En Caso afirmativo marque todo lo que corresponda:

- El Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)
- CalFresh (conocido por el gobierno federal como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria o SNAP (por sus siglas en inglés).
- Asistencia General
- Asistencia Monetaria Para Refugiados
- Para otros tipos de asistencia consulte la página 5

WIOA TITLE I - APLICACION

Tamaño de Familia: Número total de miembros de la familia que viven con usted en el hogar (incluyéndose usted): _____.

Ingresos Familiares: Enumere cada miembro de la familia (incluidos los dependientes) y las ganancias/ fuente de ingresos de los últimos seis meses. **No incluya pagos de asistencia pública, beneficios de discapacidad, beneficios para veteranos o el pago del servicio militar activo de un veterano, y ganancias de capital de inversión.**

Nombre	Relacion	Edad	Ingreso Total de los Últimos 6 Meses	Fuente de Ingresos
	SOLICITANTE			

Notificación de Certificación:

YO CERTIFICO que la información indicada en esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender y que no hay intención de cometer fraude. Soy consciente de que la información que he proporcionado está sujeta a revisión y verificación, y es posible que deba proporcionar documentación para respaldar esta solicitud. Si se me encuentra no elegible después de la inscripción porque intencionalmente proporcione información inexacta o engañosa, estoy sujeto a la terminación inmediata del programa y puede resultar en acciones para recuperar cualquier dinero pagado en mi nombre mientras participe. También me han informado que esta información se mantendrá en un sistema de información administrado seguro y puede compartirse con los socios necesarios del Centro de Trabajo de los Estados Unidos de California para la prestación de servicios integrales de desarrollo de la fuerza laboral.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____	FECHA: _____
-------------------------------------	---------------------

Este programa o actividad es financiada por el Título 1 de la Acta de Ley conocida en Inglés como WIOA, se rige por el principio de igualdad de Oportunidades para empleadores/programas. Ayudas Auxiliares y servicios disponibles cuando los soliciten individuos con discapacidades. Por favor llame con 5 o 7 días de anticipación al 951.955.3100, 951.955.3744 TTY, CA Relay 711, or adacoordinator@rivco.org.

WIOA TITLE I - APLICACION

SERVICIO MILITAR: Los Veteranos y sus cónyuges pueden tener derecho a beneficios estatales y federales.

Favor de responder a las siguientes preguntas:

- **¿Está usted en el servicio militar, es veterano o esposo/a de un veterano?** Sí No
- **¿Es usted el cónyuge/dependiente de alguien en el servicio militar activo, Guardia Nacional o Reservas que está activo actualmente?** Sí No
- **¿Es usted un miembro actual de la Guardia Nacional de California?** Sí No
- **¿Es usted un miembro del servicio militar en transición?** Sí No
- **Tipo de transición del miembro del servicio militar:** Dentro de los 12 meses de separación
 Dentro de los 24 meses de retiro
- **¿Asistió a un taller de programa de asistencia de transición (TAP) en los últimos 3 años?**
 Sí No
- **¿Es usted Veterano recientemente separado (en los últimos 48 meses)?** Sí No
- **Fecha estimada de separación:** _____
- **Estatus de Veterano elegible:** Sí <=180 días Sí, Veterano Elegible Sí, Otra persona Elegible No
- **¿Sirvió más de 1 viaje de servicio?** Sí No
Fecha de entrada al servicio militar: _____
Fecha de separación del servicio militar: _____
- **¿Es usted Veterano de campaña?** Sí No

WIOA TITLE I - APLICACION

BARRERAS INDIVIDUALES ADICIONALES

Marque todo lo que corresponda:

- Problema de Aprendizaje
- Limitación Física
- Limitación Mental
- Limitación Física y Mental
- El Abuso de Sustancias

- Veterano Discapacitado Especial (más de 30%)

- Antecedentes Penales

- No Deseo Contestar

BENEFICIOS/PAGOS POR INCAPACIDAD

¿Usted o su familia han recibido pagos por incapacidad a través del programa Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en ingles) en los últimos 6 meses? Sí No

¿Usted o su familia han recibido pagos por incapacidad a través del programa Seguro Social por Incapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés) en los últimos 6 meses? Sí No

¿Usted o su familia han recibido pagos a través del programa El Seguro de Discapacidad del Estado de California (SDI, por sus siglas en inglés) en los últimos 6 meses? Sí No

Esta información es voluntaria y confidencial. Solo se usará en relación con los requisitos de mantenimiento de registros y no discriminación bajo la Ley de Igualdad de Oportunidades de Empleo.

FOR STAFF ONLY: The information on this page (including any documentation used as verification) is considered personal & confidential and must be uploaded to the *Confidential File* in SharePoint.