



# WIOA - Formulario de Elegibilidad

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

Blythe  Indio  Hemet  Moreno Valley  Riverside

## **CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS – USE LETRA LEGIBLE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero:  Femenino  Masculino

Domicilio: \_\_\_\_\_ Domicilio Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto Alternativo (Nombre y Número de Teléfono): \_\_\_\_\_

### **Información General**

Es usted:  Ciudadano de los Estados Unidos  
 Residente Permanente de Estados Unidos (*Alien/USCIS #:* \_\_\_\_\_)  
 Extranjero/Refugiado Admitido Legalmente a Estados Unidos. (*Alien/USCIS #:* \_\_\_\_\_)  
 Ninguna de las anteriores

¿Se registro usted en el Servicio Selectivo? (hombres nacidos después de 12/31/59)  Si  No  N/A

Herencia Hispano/Latino:  Si  No  Prefiero no contestar

Raza (Etnia) marque la casilla que le corresponda:

Negro/Afroamericano  Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  
 Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico  Blanco  Prefiero no contestar

### **Servicio Militar**

¿Está usted en el servicio militar, es un veterano o esposo/a de un veterano?  Si  No (Si es no, salte a la sección de Información de Empleo)

¿Es usted el cónyuge/dependiente de alguien en el servicio militar activo, Guardia Nacional o Reservas que este activo actualmente?  Si  No

¿Es usted un miembro actual de la Guardia Nacional de California?  Si  No

¿Es usted un miembro del servicio militar?  Si  No

Si su respuesta es sí, está usted:  Dentro de los 12 meses de separación  Dentro de los 24 meses de retiro  
Fecha estimada de separación: \_\_\_\_\_

¿Estatus de Veterano Elegible?  Si, menos de 180 días  Si, Veterano Elegible  
 Si, Otra persona elegible  No

¿Cumpliste más de 1 viaje de servicio?  Si  No

Fecha de entrada al servicio militar: \_\_\_\_\_

Fecha de separación del servicio militar: \_\_\_\_\_

¿Es usted Veterano de campaña?  Si  No

¿Es usted un Veterano discapacitado:  Si, Discapacitado  Si, Discapacitado especial (más de 30%)  No

¿Es usted un Veterano sin hogar:  Si  No

¿Veterano recientemente separado (en los últimos 48 meses)?  Si  No

¿Asistió a un taller de Programa de Asistencia de Transición en los últimos 3 años?  Si  No

**For Staff Use Only**

State ID# \_\_\_\_\_

### Información de Trabajo

Está usted:     Empleado                     Subempleado                     Nunca Empleado  
                    Sin Empleo                     Empleado, pero recibió notificación de terminación o separación militar

¿Trabaja usted por cuenta propia y recientemente cerró su negocio debido a condiciones económicas generales?     Si     No

¿Está usted participando en un programa de aprendizaje registrado?                     Si     No

¿Está usted recibiendo beneficios del seguro de desempleo?

- Si, Reclamante o que recibe beneficios     Si – Beneficios agotados
- Si, Referido por EDD – Los Servicios de Perfiles de Trabajadores y Reempleo (RESEA/WPRS, por sus siglas en ingles)
- No

Cantidad de semanas desempleado/a: \_\_\_\_\_                    ¿Está usted buscando empleo?     Si     No

¿Qué tipo de trabajo está usted buscando? \_\_\_\_\_

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

¿Dentro de los últimos 12 meses ha recibido un aviso de terminación o despido de su empleo?     Si     No

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

Si respondió Si:     Trabajador Agrícola     Migrante     Trabajador agrícola migrante

¿Qué clase de empleo agrícola ha realizado?     Producción y servicios agrícolas     Establecimiento para alimentos procesados

**ENUMERE SUS ULTIMOS DOS (2) TRABAJOS COMENZANDO CON EL ULTIMO 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:	Fecha de inicio:	Salario por Hora:
Razón de separación:	Fecha de Terminación:	Horas Por Semana:
2. Nombre de la compañía:	Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Título de su posición:	Fecha de inicio:	Salario por Hora:
Razón de separación:	Fecha de Terminación:	Horas Por Semana:

### Educación

¿Cuál es su nivel más alto de educación completado? \_\_\_\_\_

**Marque la casilla correspondiente:**

- Diploma de secundaria                     Equivalente de escuela secundaria/GED     Abandono escolar
- 1 año de estudios universitarios/técnicos/vocacionales
- 2 año de estudios universitarios/técnicos/vocacionales
- 3 año de estudios universitarios/técnicos/vocacionales     4 años de licenciatura

¿Tiene usted una licenciatura o un certificado?     Si     No

Si respondió Si, describa su licenciatura/certificado \_\_\_\_\_

¿Está usted asistiendo a una escuela o entramiento?                     Si     No

Si respondió Si, en donde? \_\_\_\_\_

<b>Programas de Asistencia Pública- Marque las casillas que les correspondan</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Usted o algún miembro de su familia han recibido Asistencia Publica en los últimos 6 meses? Si es Si, usted es el/la: <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de Familia		
¿Está usted recibiendo Asistencia Temporal para Familias Necesitadas conocido por sus siglas en inglés (TANF)? Si es Si, usted es el/la: <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de Familia		
¿Está usted recibiendo CalFresh conocido por el gobierno federal como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o SNAP por sus siglas en inglés? Si es Si, usted es el/la: <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de Familia		
¿Está usted recibiendo pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario conocido por sus siglas en inglés (SSI)? Si es Si, usted es el/la: <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de Familia		
¿Está usted recibiendo Asistencia General? Si es Si, usted es el/la: <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de Familia		
¿Está usted recibiendo Asistencia Monetaria para Refugiados? Si es Si, usted es el/la: <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de Familia		
¿Usted o algún miembro de su familia han recibido ingresos del Seguro Social en los últimos 6 meses?		
¿Está usted recibiendo o ha recibido en los últimos 6 meses Seguro de Incapacidad del Seguro Social?		
¿Está usted recibiendo o ha recibido en los últimos 6 meses pagos a través del programa El Seguro de Discapacidad del Estado de California conocido por sus siglas en inglés (SDI)?		
¿Es usted actualmente el titular de un boleto para trabajar emitido por la oficina del Seguro Social?		
¿Está usted recibiendo servicios del programa de empleo y rehabilitación vocacional para veteranos referido como el programa capítulo 31?		

**Información del Tamaño del Hogar y Los Ingresos**

**Tamaño de Familia:** Número total de miembros de familia que viven en su residencia (cualquiera, incluyéndose usted, viviendo con usted, familiares de sangre, casados o por orden de la corte) \_\_\_\_\_

Numero de dependientes en la familia menores de 22 años: \_\_\_\_\_

**Ingreso Familiar:** Enumere cada miembro de la familia (incluyendo dependientes) y 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 inversión.

<b>Nombre</b>	<b>Relacion</b>	<b>Edad</b>	<b>Ingreso Total de los Últimos 6 Meses</b>	<b>Fuente de Ingresos</b>
	<b>Solicitante</b>			

**Información Adicional de Elegibilidad para WIOA**

¿Es ingles su primer idioma?     Si     No    ¿Cuál es su idioma de preferencia? \_\_\_\_\_

**Marque todo lo que corresponda:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indigente                        | <input type="checkbox"/> Aprendiendo ingles  | <input type="checkbox"/> Abandono escolar         |
| <input type="checkbox"/> Barreras culturales sustanciales | <input type="checkbox"/> Habilidades deficientes básicas   | <input type="checkbox"/> Involucrado en Pandillas |
| <input type="checkbox"/> Padre/Madre Soltero/a            | <input type="checkbox"/> Mujer Soltera Embaraza  | <input type="checkbox"/> Problema de Aprendizaje  |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias              | <input type="checkbox"/> Limitación Mental   | <input type="checkbox"/> Limitación Física        |
| <input type="checkbox"/> Limitación Física & Mental       | <input type="checkbox"/> Antecedentes Penales (Ex delincuente-condenas por delitos graves o menores) |   |
| <input type="checkbox"/> No Aplica                        | <input type="checkbox"/> Otro  |   |

¿Está usted actualmente en el sistema de cuidado de crianza?     Si     No

¿Está usted fuera del sistema de cuidado de crianza por su edad?     Si     No

Si usted marco algún impedimento por discapacidad, por favor describa su discapacidad: \_\_\_\_\_

Describa brevemente sus limitaciones de empleo: \_\_\_\_\_

---

Este programa o actividad 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 o [ADACoordinator@rivco.org](mailto:ADACoordinator@rivco.org).