

VWCC ID# _____

FECHA: ____/____/____

INFORMACIÓN DE SOLICITUD

Nombre _____ Inicial (Segundo Nombre) _____ Apellido _____
Dirección _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono de la Casa (____) _____ Teléfono Adicional (____) _____
Seguro Social # _____ - _____ - _____ Correo Electrónico _____
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____ Edad: _____ Género: Femenino Masculino

INFORMACIÓN PERSONAL

INFORMACIÓN DE VETERANO: ¿Es Ud. un Veterano de servicio militar de los EEUU? Si No
Rama: Fuerza aérea (Air Force) El Ejército (Army) Infantería de Marina (Marines) Fuerza Naval (Navy)
Clase de licencia militar: _____ Servicio Activo La Reserva Guardia Nacional
La Reserva/Guardia Nacional (solamente): ¿Fue Ud. activado para el servicio militar por el gobierno federal para otra razón aparte del entrenamiento? Si No Está inseguro/a
Las Fechas de Servicio Militar (mes/día/año): desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____
¿Tiene Ud. alguna incapacidad que está relacionado a su servicio militar? Si No
Si Ud. respondió "que si," ¿qué es el porcentaje? _____

Identidad étnica (marque una): **Raza (marque una):** Blanco Negro o Afro-Americano
 Hispano o Latino Asiático Indio Americano Nativo de Alaska
 Hispano No-Hispano o Latino Otro Hawaiano u otro de las Islas del Pacifico
 Información no disponible

¿Ha hecho/realizado trabajo de agricultura o procesamiento de alimentos en los últimos 12 meses? Si No
¿Es Ud. hombre y tiene 18 años de edad o mayor y se ha registrado para el Servicio Selectivo de los EE.UU.? Si No
¿Está Trabajando?: Si No **¿Tiene usted una discapacidad?:** Si No No quiero revelar

Estado de Ciudadanía: Ciudadano de los EE.UU. Residente Permanente (ID. #): _____ **Primer Idioma:** _____
Tamaño de la Familia: _____ (incluyéndose a usted) **Estimado del ingreso familiar en los últimos 6 meses:** _____
¿Está Usted recibiendo alguno de los siguientes beneficios? Si No EAFDC Cupones de alimentos (SNAP)
 TAFDC (Ayuda Transicional a Familias con Niños Dependientes)
 Seguro Social SSI/SSDI Indemnización por Despido Manutención de Niños Asistencia a refugiados
 Los Beneficios del Seguro de Desempleo: ¿Aproximadamente cuantas semanas?: _____
 Indemnización por incapacidad permanente total al trabajador por herirse en el trabajo
 Otro (liste otro ingreso no mencionado arriba) _____

EDUCACIÓN

¿Asiste a una escuela actualmente? Si No (Si) Nombre de la escuela _____ Grado _____
¿Es graduado de la escuela secundaria? Si No (No) Grado más alto terminado (circule): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
 Escuela Secundaria HiSet/GED Nombre de la Escuela _____ Fecha en que terminó _____
¿Tiene Ud. un Título Universitario? Si No Asociado Licenciatura (BA) Especialidad: _____
 Completado Incompleto Nombre de la Universidad _____ Fecha en que terminó _____
¿Tiene Ud. un Título Universitario Avanzado? Si No Maestría Doctorado Otro Especialidad: _____
 Completado Incompleto Nombre de la Universidad _____ Fecha en que terminó _____
¿Alguna vez ha asistido a un programa de capacitación vocacional, técnico o de certificación? Si No
 Completado Incompleto Fecha en que terminó _____
Nombre de la Escuela, Instituto o Agencia _____
Información sobre el Programa de Capacitación: _____

EXPERIENCIA DE TRABAJO

¿Es este empleador o alguno de los empleadores anteriores, Certificado para *TRADE*? Si No No Se

Por favor escriba su experiencia laboral en los últimos diez (10) años o sus últimos cuatro trabajos.

Comience con su trabajo más reciente. *Estos empleadores NO serán contactados*

Nombre de la Compañía: _____ Ciudad y Estado de la Compañía: _____

Título/Posición: _____ Fechas de Empleo: Desde _____ Hasta _____

Responsabilidades: _____

Salario/Sueldo al Terminar: \$ _____ Por Hora Semanal Anual ¿Beneficios Médicos? Si No

Horas por semana: _____ Razón de separación del empleo: _____

Nombre de la Compañía: _____ Ciudad y Estado de la Compañía: _____

Título/Posición: _____ Fechas de Empleo: Desde _____ Hasta _____

Responsabilidades: _____

Salario/Sueldo al Terminar: \$ _____ Por Hora Semanal Anual ¿Beneficios Médicos? Si No

Horas por semana: _____ Razón de separación del empleo: _____

Nombre de la Compañía: _____ Ciudad y Estado de la Compañía: _____

Título/Posición: _____ Fechas de Empleo: Desde _____ Hasta _____

Responsabilidades: _____

Salario/Sueldo al Terminar: \$ _____ Por Hora Semanal Anual ¿Beneficios Médicos? Si No

Horas por semana: _____ Razón de separación del empleo: _____

Nombre de la Compañía: _____ Ciudad y Estado de la Compañía: _____

Título/Posición: _____ Fechas de Empleo: Desde _____ Hasta _____

Responsabilidades: _____

Salario/Sueldo al Terminar: \$ _____ Por Hora Semanal Anual ¿Beneficios Médicos? Si No

Horas por semana: _____ Razón de separación del empleo: _____

Para poder asistirle mejor con su búsqueda de empleo y/o planificando su carrera, por favor indique:

Destrezas adicionales o capacitación que usted posea: _____

Circunstancias que usted considera barreras para conseguir empleo, tales como falta de transportación, falta de destrezas, habilidades o conocimientos necesarios para desempeñar un trabajo, etc. _____

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Acuerdo del participante: Yo permito que el Centro de Carreras de ValleyWorks (VWCC) colecte la información sobre mi empleo eventual. Yo estoy de acuerdo con proveerle al Centro de Carreras de ValleyWorks la información que incluye la fecha de comienzo de empleo, título de la posición, nombre y dirección del empleador, salario de comienzo y beneficios que voy a obtener en mi próximo empleo. Acuerdo esto, como condición para utilizar los recursos de VWCC, independientemente de que el empleo obtenido sea o no sea resultado directo de haber utilizado los servicios de VWCC, y sus recursos o referidos, debido a que a VWCC se le es requerido reportar dicha información acerca de los clientes registrados, y el suministrar la información afecta directamente el financiamiento futuro de los programas de desarrollo de empleo, de la fuerza laboral y de recursos en esta región. También doy permiso, y coincido en que VWCC pueda divulgar información sobre empleo a los patrones prospectivos. Certifico y afirmo por este medio, bajo pena de perjurio, que la información ya mencionada es verdadera y exacta, y entiendo que si ésta información está falsificada o incompleta, puede ser utilizada como bases de fundamento para la terminación de ciertos servicios. Reconozco que la exactitud de la información para la elegibilidad está sujeta a la verificación externa y puede ser divulgada para tales propósitos. Apruebo la divulgación del contenido de mi solicitud y el archivo a los proveedores de servicios con el fin de evaluar mis calificaciones para sus programas. Mi firma también autentifica que he recibido la información con respecto a mis derechos a la igualdad de oportunidades/no-discriminación y cómo se registra un agravio, incluyendo una copia del aviso "Ley de Igualdad de Oportunidades" y "cómo registrar una querrela formal/agravio del Acta de Innovación de Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA), y que entiendo que mi número de Seguro Social está siendo documentado para los propósitos estandarizados de reporte de información, y que me han suministrado una descripción completa de los servicios de VWCC.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Personal de VWCC

Fecha

*Firma de Padre/Madre o Encargado(a) Requerida si es menor de 18 años de edad

Fecha