

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