

**WORKFORCE SOLUTIONS OF WEST
CENTRAL TEXAS**
Solicitud de servicios



INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	/ /	
Domicilio			N.º de apartamento/unidad		
Ciudad	Estado	Código postal			
Número de teléfono principal	Número de teléfono alternativo				
Dirección de correo electrónico	Método de contacto (Encierre en un círculo): Correo electrónico, teléfono, mensaje de texto, correo, otro:				
Indique la información de contacto de otras 2 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 inscrito en el Sistema de Servicio Selectivo (el Reclutamiento)? Esto aplica solo a los hombres que nacieron después de 1960.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/C <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "Sí", indique el número de registro del Sistema de Servicio Selectivo.	
¿Alguna vez prestaron servicio militar usted o su cónyuge?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "Sí", ¿quién? Indique las fechas de servicio e información de la rama.	Yo presté servicio militar / Mi cónyuge prestó servicio militar (Encierre una opción en un círculo):	
Fechas de servicio			Rama		
¿Se mudó recientemente su familia por un traslado militar o cambio de lugar de destino? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
En los últimos 24 meses, ¿ganó más de la mitad de su salario o pasó más de la mitad de su tiempo trabajando en una granja o haciendo trabajos agrícolas?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Alguna vez estuvo o está actualmente en el sistema de crianza temporal?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Cuál es su nivel más alto de educación? ____	¿Obtuvo un diploma o un diploma general de equivalencia (GED)? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Va a la escuela actualmente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si la respuesta es "Sí", encierre en un círculo la opción que corresponda). Si es menor de 18 años, indique la fecha en la que asistió por última vez:				
¿Tiene alguna otra certificación o credencial? (Si la respuesta es "Sí", indíquelas) SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indíquelas:				

INFORMACIÓN LABORAL

¿Lo despidieron o está previsto que lo despidan de su empleo anterior/actual?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo y de dónde?	¿Recibe un seguro de desempleo?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------	--	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

¿Trabaja actualmente?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "Sí", ¿dónde?
-----------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

¿Está registrado en Work In Texas (WIT)?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo lleva buscando trabajo activamente? ¿Cuál es su plazo para la búsqueda de trabajo (cuándo le gustaría conseguir un empleo)?
--	-----------------------------	-----------------------------	---

Complete el siguiente expediente de la historia laboral, comenzando con el empleo más reciente. Incluya su historia de trabajo completa de los últimos 10 años. Complete toda la información. Puede indicar la ciudad y el estado para el lugar. Adjunte otras páginas si necesita más espacio.

Nombre y lugar de la empresa	Fechas de empleo	al
Cargo	Motivo por el que dejó el empleo	
Tareas laborales		
Nombre y lugar de la empresa	Fechas de empleo	al
Cargo	Motivo por el que dejó el empleo	
Tareas laborales		
Nombre y lugar de la empresa	Fechas de empleo	al
Cargo	Motivo por el que dejó el empleo	
Tareas laborales		
Nombre y lugar de la empresa	Fechas de empleo	al
Cargo	Motivo por el que dejó el empleo	
Tareas laborales		
Nombre y lugar de la empresa	Fechas de empleo	al
Cargo	Motivo por el que dejó el empleo	
Tareas laborales		
Nombre y lugar de la empresa	Fechas de empleo	al
Cargo	Motivo por el que dejó el empleo	
Tareas laborales		

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR Y DE LOS INGRESOS

¿Cuántas personas viven en su casa?

¿Cuáles son los ingresos anuales combinados del grupo familiar?

Complete la siguiente información para todos los miembros de su grupo familiar (incluyéndose a usted).

Nombre	Relación	Edad	Ingresos anuales	Fuente de ingresos	Recibe algún tipo de ayuda pública, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (cupones para comida), la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) (ayuda en efectivo), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), el Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI), etc.
	USTED				<p>Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es "Sí", ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:</p>
					<p>Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es "Sí", ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:</p>
					<p>Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es "Sí", ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:</p>
					<p>Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es "Sí", ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:</p>
					<p>Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es "Sí", ¿CUÁL? Indique todo lo que corresponda:</p>

¿Es una persona sin hogar? Sí NO ¿Es un fugitivo? Sí NO

¿Tiene autorización para trabajar en Estados Unidos? Sí NO

Si tuviera que hacer un tipo de trabajo el resto de su vida, ¿cuál sería?

¿Dónde se ve en los próximos 6 meses? ¿En los próximos 5 años?

6 meses

5 años

¿Qué tipo de ayuda busca?

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y FIRMA: FIRME E INDIQUE LA FECHA EN QUE PRESENTA ESTE FORMULARIO A WORKFORCE SOLUTIONS.

Certifico que mis respuestas son verdaderas y exactas a mi leal saber y entender.

Entiendo que dar información falsa o errónea en la solicitud o en la entrevista puede descalificarme para recibir ayuda económica.

X:

FIRMA

FECHA

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

NÚMERO DE ID. DE TWIST: _____

FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD: _____

SOLICITUD RECIBIDA POR: _____

Solicitantes de becas:

Incluya con esta solicitud una copia del "Apéndice de ayuda económica" de la beca, una copia de la carta de aceptación del programa de formación, la evaluación de intereses profesionales y cualquier otra información que solicite el personal de Workforce Solutions.

Hay empleadores y programas de ayudas y servicios auxiliares de Igualdad de Oportunidades, previa solicitud, para las personas con discapacidades. *Retransmisión: 1-800-735-2989 (TTY)/711 (voz)*. Este servicio se financia en su totalidad o en parte con fondos federales. Hay información más detallada en el sitio web de la Junta en www.wfswct.org/publicinfo.

FORMULARIO DE ENCUESTA OPCIONAL DE EO

LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO ES OPCIONAL Y SE RECOPILA CON EL OBJETIVO PRINCIPAL DE REPORTARLA A LAS AGENCIAS DE INFORMACIÓN FEDERALES Y DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES (EQUAL OPPORTUNITY, EO). AUNQUE LE SOLICITAMOS QUE RESPONDA CADA UNO DE LOS PUNTOS DE ABAJO PARA COMPLETAR TODA SU SOLICITUD, PUEDE OPTAR POR NO REVELAR INFORMACIÓN ELIGIENDO "PREFIERO NO REVELAR ESTO" EN CUALQUIER PREGUNTA O EN TODAS.

LA INFORMACIÓN QUE FIGURA EN ESTA ENCUESTA SE ALMACENARÁ DE MANERA QUE SE GARANTICE LA CONFIDENCIALIDAD Y SE USARÁ SOLO PARA FINES DE MANTENIMIENTO DE REGISTROS Y PRESENTACIÓN DE INFORMES, CUANDO CORRESPONDA, PARA PROGRAMAS O ACTIVIDADES QUE RECIBAN SUBVENCIONES. WORKFORCE SOLUTIONS OF WEST CENTRAL TEXAS ES UN EMPLEADOR/PROGRAMA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y NO DISCRIMINA POR MOTIVOS DE RAZA, COLOR, RELIGIÓN, SEXO, PAÍS DE ORIGEN, EDAD, DISCAPACIDAD, CREENCIAS O AFILIACIONES POLÍTICAS; TAMPOCO DISCRIMINA A NINGÚN BENEFICIARIO, SOLICITANTE NI PARTICIPANTE DE PROGRAMAS CON AYUDA ECONÓMICA SEGÚN EL TÍTULO I DE LA LEY DE INNOVACIÓN Y OPORTUNIDADES DE LA FUERZA LABORAL (WORKFORCE INNOVATION AND OPPORTUNITY ACT, WIOA), SOBRE LA BASE DE LA CIUDADANÍA DE LA PERSONA O DE SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER PROGRAMA O ACTIVIDAD CON AYUDA ECONÓMICA SEGÚN EL TÍTULO I DE LA WIOA.

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	/ /
Estado civil (Encierre una opción en un círculo)	Casado	Soltero	Divorciado	Viudo	Unión de hecho	Prefiero no revelar esto
Sexo (Encierre una opción en un círculo)	Masculino	Femenino	Prefiero no revelar esto			
Raza (Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan)	Blanca	Negra o afroamericana	Indio americano o nativo de Alaska	Asiática		
	Nativo de Hawái o de una isla del Pacífico		Prefiero no revelar esto			
Etnia: ¿Tiene ascendencia hispana o latina? (Encierre una opción en un círculo)	SÍ	NO	Prefiero no revelar esto			
¿Tiene alguna discapacidad? (Encierre una opción en un círculo)	SÍ	NO	Prefiero no revelar esto			
¿Alguna vez lo declararon culpable de algún delito menor o grave?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es "Sí", ¿cuál? (Marque la respuesta) Prefiero no revelar esto	Delito menor	Delito grave	
¿Cuál es su idioma principal o el idioma que prefiere? (Indíquelo aquí) _____ o (Encierre en un círculo) Prefiero no revelar esto						
¿Trabaja actualmente con cualquiera de nuestros socios comunitarios? (Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan): Rehabilitación vocacional, Educación y alfabetización de adultos, MET, otro (especifique): _____						

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y FIRMA

Certifico que mis respuestas son verdaderas y exactas a mi leal saber y entender.

X:

FIRMA

FECHA

Hay empleadores y programas de ayudas y servicios auxiliares de Igualdad de Oportunidades, previa solicitud, para las personas con discapacidades. *Retransmisión: 1-800-735-2989 (TTY)/711 (voz).*

Este servicio se financia en su totalidad o en parte con fondos federales. Hay información más detallada en el sitio web de la Junta en www.wfswct.org/publicinfo.