

SECCIÓN I – INFORMACIÓN ACERCA DEL SOLICITANTE

Apellido		Primer nombre		Inicial Sdo. N.	Fecha
Dirección				Apartamento/Unidad #	
Ciudad		Estado		C.P.	
Teléfono		Teléfono alternativo			
Fecha de nacimiento	No. del Seguro Social		E-mail		
¿Cuál es el principal servicio que espera recibir de nosotros?					
¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Si contesta No, ¿está autorizado a trabajar en los EE. UU.?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
(Hombres de 18 en adelante) ¿Está inscripto en el Servicio Selectivo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Es usted Trabajador Migrante Temporal?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Prestó usted o su esposo/a servicios en el Fuerzas Armadas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si contesta Sí, ¿Cuándo?					
¿Cuál es el grado máximo que completó ? < 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Certificado de habilidades <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestrías/Doctorado <input type="checkbox"/>					
¿Tiene diploma de Escuela Secundaria? <input type="checkbox"/> ¿O su equivalente GED? <input type="checkbox"/>					
EMPLEO					
¿Está actualmente empleado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cantidad de horas por semana:					
Nombre del empleador:					
Si tiene un empleo, ¿cree que necesita servicios de Workforce Solutions para ayudarlo a conseguir un empleo mejor o conservar el que ya tiene para mantenerse a usted mismo y mantener a su familia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Si tiene un empleo, ¿ha recibido una notificación de terminación o suspensión? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Nombre de la compañía?					
Si está desempleado, ¿por qué se fue de su último trabajo? <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Terminación <input type="checkbox"/> Despido				Fecha del cese:	
¿Cuál es su ocupación más reciente?				Años de experiencia: (en esta ocupación)	
¿Le ha sido imposible encontrar trabajo en su ocupación o industria más reciente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
¿Está usted disponible para trabajar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Qué tipo de trabajo espera encontrar?					
Usted cree que no tiene éxito con su búsqueda de empleo porque: <i>(Marque todo lo que aplique)</i>					
<input type="checkbox"/> no tiene diploma de secundaria, GED; <input type="checkbox"/> no puede leer o aplicar bien las matemáticas; <input type="checkbox"/> no sabe manejar una computadora					
<input type="checkbox"/> no habla muy bien inglés; <input type="checkbox"/> le faltan habilidades laborales para ganar un salario que le permita ser autosuficiente					
<input type="checkbox"/> no tiene las habilidades para una búsqueda de empleo exitosa; <input type="checkbox"/> necesita mejorar sus técnicas para entrevistas;					
<input type="checkbox"/> otro _____					

INFORMACIÓN ADICIONAL

- ¿Está o ha estado alguna vez en un hogar temporal? SI NO
- ¿Ha sido hallado culpable de un delito grave u otro delito mejor? SI NO
- ¿Es usted una persona sin vivienda? SI NO
- ¿Tiene una discapacidad? SI NO
- ¿Ha abandonado su hogar sin permiso? SI NO
- ¿Es un adolescente que está esperando un bebé o está criando a un hijo? SI NO
- ¿Está actualmente asistiendo a la escuela? SI NO

- Si está asistiendo a la secundaria, indique la escuela: _____
 - ¿En qué grado se encuentra actualmente? _____
- Si está asistiendo a una escuela post-secundaria o a un curso de capacitación, indique la escuela: _____
 - Cantidad de horas de clase por semana: _____ Cantidad de horas crédito este semestre: _____
 - ¿Recibe becas, subsidios o préstamos como ayuda para que asista a la escuela?: SI NO
 - Si contesta Sí, ingrese la suma, si la conoce: \$ _____

Si está solicitando asistencia para el cuidado de su hijo/a:

- ¿Recibe actualmente asistencia de Workforce Solutions para cuidado de niños? SI NO
- ¿Cuál es el nombre del proveedor de cuidado infantil que le gustaría usar?: _____

Raza Opcional - (Marque todo lo que aplique)

¿Es usted...?

- Blanco Negro o Afroamericano Asiático Nativo de América del Norte o de Alaska Nativo de Hawái o de Islas del Pacífico

Etnicidad: Hispano/Latino SI NO

Sexo: Masculino Femenino

MARQUE LOS BENEFICIOS QUE USTED (O UN MIEMBRO DE SU FAMILIA) RECIBA ACTUALMENTE O RECIBIÓ EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

Ahora	Últ. seis meses		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Miembro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP)	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Miembro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Miembro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/> Usted
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia de la Ley de Comercio (TAA)	<input type="checkbox"/> Usted
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Almuerzo escolar gratuito o a precio reducido	<input type="checkbox"/> Usted

SECCIÓN II – INFORMACIÓN ACERCA DE LA FAMILIA

Complete la sección a continuación acerca de cada una de las personas que viven en su hogar. Comience con su propia información y luego enumere las personas que viven con usted y la relación que tienen con usted. Incluya la edad y el ingreso bruto mensual aproximado de cada persona.

Nombre	Relación	Edad	¿Algún ingreso en los últ. 6 meses? S o N	Ingreso bruto mensual aprox.
1.	Yo mismo			\$
2.				\$
3.				\$
4.				\$
5.				\$
6.				\$
7.				\$
8.				\$
9.				\$
10.				\$

Si en su hogar viven más de diez personas, agréguelas aquí:

Leí, firmé y recibí una copia del documento de orientación para el procedimiento de quejas SI NO

AVISO LEGAL Y FIRMA (SI EL SOLICITANTE ES MENOR DE EDAD, DEBERÁ FIRMAR EL PADRE/TUTOR)

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del Padre/Tutor si el solicitante es menor de edad

Fecha