

Estamos tratando de conocer mejor a nuestros clientes. Por favor complete las preguntas a continuación para ayudarnos a entender mejor su búsqueda laboral. ¡Workforce Solutions le agradece su colaboración!

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ESCRITA AQUÍ ES CORRECTA Y EXACTA:

☐ Ciudadano de los EE.UU. ☐ No soy ciudadano pero tengo autorización para trabajar en los EE.UU.

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de Nacimiento (mes/día/año): ____ / ____ / ____

Raza: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo Americano/Alaska ☐ Nativo de Hawái/Las islas del Pacífico

Etnicidad: ¿Hispano? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Es veterano que cumplió con el servicio activo en el ejército, la marina o la fuerza aérea o cónyuge que califica.

☐ Sí (Si la respuesta es Sí, complete y firme la página 2.) ☐ No

¿Se encuentra usted empleado en este momento? ☐ Sí ☐ No

Si usted está empleado, ¿considera que necesita los servicios de Workforce Solutions para ayudarlo a conseguir un mejor empleo o conservar el actual para mantenerse usted y a su familia? ☐ Sí ☐ No ☐ N/C

Si usted está empleado, ¿ha recibido alguna notificación de despido? ☐ Sí ☐ No ☐ N/C

Si la respuesta es Sí, díganos el nombre de la compañía: _____

Si usted está desempleado ¿por qué dejó su último trabajo? ☐ Renuncia ☐ Reducción de personal ☐ Despido ☐ N/C

Fecha en la que dejó su último empleo: ____ / ____ / ____

¿Cuál es su ocupación más reciente? _____

¿No ha podido encontrar empleo en su ocupación o industria más reciente? ☐ Sí ☐ No

¿Qué experiencia tiene usted en la ocupación mencionada? _____

¿Qué clase de trabajo espera encontrar? _____

¿Considera que posiblemente no tuvo éxito en su búsqueda laboral al día de hoy debido a:

Necesita más educación básica ☐ Sí ☐ No

Necesita una mayor capacitación laboral ☐ Sí ☐ No

Necesita mejorar su capacitación para buscar empleo ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el servicio principal que espera recibir de nosotros? _____

☐ Entiendo que "Igualdad de Oportunidades es la Ley."

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Nro. de Seguro Social-SSN (opcional): _____

PARA USO DE NUESTRO PERSONAL SOLAMENTE

☐ Se ha verificado el registro del servicio selectivo para varones de más de 18 años de edad nacidos después del 1° de enero de 1960.

Fecha de verificación: _____ Verificado por (firma del empleado): _____

Veteranos Elegibles y Cónyuges que Califican

Los veteranos elegibles y sus respectivos cónyuges cuando califiquen tendrán preferencia en relación a este servicio cuando Workforce Solutions disponga solamente de recursos limitados. Marque por favor la casilla a continuación que describa su situación.

- ☐ Veterano que califica según la legislación federal/estatal: Cumplí con el servicio activo en el ejército, la marina o la fuerza aérea y fui dado de baja o eximido bajo condiciones no deshonrosas, de acuerdo a lo especificado en el Título 38 Art. 101 (2) del Código de los Estados Unidos. El servicio activo incluye el servicio a tiempo completo en la Guardia Nacional o un componente de la Reserva, y es diferente de aquel servicio que se lleva a cabo a tiempo completo con fines de entrenamiento.
- ☐ Cónyuge que califica según la legislación federal
- ☐ Soy el cónyuge de un veterano que murió de una discapacidad relacionada con el servicio
- ☐ Soy cónyuge de un miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo que en el momento de solicitar prioridad está listado en una o más de las categorías siguientes, y lo ha estado ya por más de 90 días:
- Desaparecido en acción
 - Capturado en cumplimiento de su deber por una fuerza hostil, o
 - Detenido o recluso por la fuerza en cumplimiento de su deber por un gobierno o potencia extranjera
- ☐ Soy el cónyuge de un veterano que tiene una discapacidad completa derivada de una discapacidad relacionada con el servicio, según lo determinado por el Departamento de Asuntos de Veteranos
- ☐ Soy el cónyuge de un veterano que falleció mientras tenía una discapacidad completa derivada de una discapacidad relacionada con el servicio, según lo determinado por el Departamento de Asuntos de Veteranos
- ☐ Cónyuge que califica según la legislación estatal
- ☐ Cumpro con los requisitos de la definición de cónyuge calificado según la legislación federal
- ☐ Soy cónyuge de un miembro de las Fuerzas Armadas fallecido mientras estaba en servicio activo en el ejército, la marina o la fuerza aérea

Yo (escriba su nombre en letra de imprenta): _____ declaro que cumpro con la definición marcada arriba y con los criterios de elegibilidad correspondientes. Certifico que la información incluida arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y entiendo que el dar información falsa puede resultar en la suspensión inmediata de servicios y la aplicación de sanciones especificadas por la ley. Entiendo que debo notificar a Workforce Solutions de cualquier cambio en mi estatus como veterano dentro de un plazo de 10 días corridos. Asimismo entiendo que si la definición marcada arriba está basada en un expediente militar que según mi entender es fraudulento, ficticio o ha sido revocado, podría también quedar sujeto a las sanciones estipuladas en las Leyes de 2011, 82da. sesión legislativa, Capítulo 386 (SB 431), codificadas en el Código Penal de Texas, Artículo 32.54.

☐ Entiendo que "Igualdad de Oportunidades es la Ley."

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

APRA USO DE NUESTRO PERSONAL SOLAMENTE

☐ Certifico que la información registrada en este formulario fue suministrada por la persona cuya firma aparece más arriba.

Firma del empleado: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____