



APÉNDICE

Actualizado el 1ero.
de marzo de 2010



Workforce Solutions
www.wrksolutions.com

Workforce Solutions es un empleador/programa de igualdad de oportunidades. Las personas con alguna discapacidad podrán solicitar asistencia y servicios auxiliares. Los números de transmisión de Texas son: 1-800-735-2989 (texto-TDD) 1-800-735-2988 (Voz) 711

Estamos tratando de conocer mejor a nuestros clientes. Tenga la amabilidad de completar las preguntas a continuación para ayudarnos a lograr un mayor entendimiento en relación a su búsqueda laboral. ¡Workforce Solutions le agradece su colaboración!

Certifico que la información que proporciono aquí es fiel y exacta: (Marque la opción que corresponda)

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

18 años o mayor (Marque una opción) ☐ Sí ☐ No

Veterano que cumplió con el servicio activo en el ejército, la marina o la fuerza aérea o cónyuge que califica.
(Marque una opción) ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, complete y firme la página 2.

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

Si usted está empleado, ¿considera usted que necesita los servicios de Workforce Solutions para ayudarlo a conseguir un mejor empleo o conservar el actual para mantenerse usted y 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 usted dejó su último empleo _____

¿Cuál es su ocupación más reciente? _____

¿Se ha visto imposibilitado de encontrar trabajo en su ocupación o industria más reciente? ☐ Sí ☐ No

¿Qué experiencia tiene usted en la ocupación mencionada? _____

¿Qué clase de trabajo espera usted encontrar? _____

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

Necesidad de una mayor educación básica ☐ Sí ☐ No

Necesidad de una mayor capacitación laboral ☐ Sí ☐ No

Necesidad de una mejor capacitación para la búsqueda de empleo ☐ Sí ☐ No

¿Quién lo envió a Workforce Solutions? _____

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

☐ Entiendo que "la 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

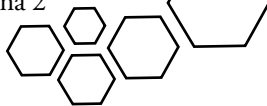
☐ Se ha verificado el registro en el servicio selectivo para varones de más de 18 años de edad nacidos con posterioridad al 1º de enero de 1960. El registro en el servicio selectivo puede verificarse en **www.sss.gov**

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



APÉNDICE

página 2



Veteranos elegibles y cónyuges que califiquen

Los veteranos elegibles y sus respectivos cónyuges cuando califiquen tendrán preferencia en relación a este servicio en caso de que 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: 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 Sec. 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.
- ☐ Veterano que califica según la legislación estatal
- ☐ Cumplí con el servicio militar por no menos de 90 días consecutivos durante una emergencia nacional declarada de conformidad con la legislación federal o fui dado de baja del servicio militar debido a una discapacidad establecida en relación con el servicio
 - ☐ Fui honrosamente dado de baja del servicio militar y
 - ☐ Soy una persona capaz
- ☐ 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 resultante 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 resultante de una discapacidad relacionada con el servicio, según lo determinado por el Departamento de Asuntos de Veteranos
- ☐ Cónyuge calificado por el Estado
- ☐ Cumpro con los requisitos de la definición de cónyuge calificado federal
 - ☐ Soy cónyuge de un miembro de las Fuerzas Armadas fallecido mientras estaba en servicio activo militar, naval, o aéreo

Yo (escriba su nombre en letra de imprenta) _____ afirmo bajo juramento que encuadro dentro de la definición que marqué más arriba y el criterio de elegibilidad respectivo. Yo certifico que la información declarada más arriba es fiel y exacta según mi leal saber y entender, y además entiendo que si hubiese efectuado cualquier tergiversación de la misma, ello podría ser motivo suficiente para que se produzca el cese inmediato de los servicios y/o que se me apliquen penas de acuerdo a lo establecido por la ley.

☐ Entiendo que “la igualdad de oportunidades es la ley.”

Firma del cliente _____ Fecha _____

PARA 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 _____ 181-ADD-S