



APÉNDICE

Actualizado 11/09/11



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 retrasmisión 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) _____



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/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 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.

☐ 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 recluido 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

- ☐ Cumpló 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) _____ declaro que cumpro con la definición marcada más 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 prescriptas por ley. Entiendo que debo notificar a Workforce Solutions de cualquier cambio en mi estatus como veterano dentro de un plazo de 10 días corridos. Adicionalmente reconozco que si la definición arriba indicada está basada en un expediente militar que me consta ser fraudulento, ficticio o que ha sido revocado, podría también quedar sujeto a las sanciones estipuladas en la Ley 2011, 82da. sesión legislativa, Capítulo 386 (SB 431), codificada en el Código Penal de Texas sección 32.54.

☐ 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 _____