

ANEJOS

PROCEDIMIENTO DE MONITORIA

JUNTA LOCAL DE DESARROLLO LABORAL
BAYAMÓN – COMERÍO

PROGRAMA DE JÓVENES, ADULTOS
Y TRABAJADORES DESPLAZADOS
TÍTULO I WIOA



JUNTA LOCAL
DE DESARROLLO LABORAL

BAYAMÓN / COMERÍO

CONTENIDO DE ANEJOS

- Formulario para Evaluación de Propuestas para Monitorias de Escritorio Solamente
- Guía para la Evaluación de Contratos
- Formulario de Entrevista al Participante e Igualdad de Oportunidades y No Discrimen
- Entrevista a Participantes OJT y Experiencia de Trabajo
- Entrevista a Supervisor o Personal Administrativo Actividad OJT y Experiencia de Trabajo
- Formulario de Entrevista a Instructores, Maestros o Personal Docente
- Formulario para Evaluación Facilidades Físicas
- Recibo Entrega de Documentos
- Certificación de Afiches
- Notificación de Conferencia
- Guía para la Revisión de Adiestramiento en el Empleo (OJT)
- Hoja de Revisión Expedientes de Participantes Programa de Adultos y Trabajadores Desplazados
- Hoja de Revisión Expedientes de Participantes Programa de Jóvenes
- Documentos Requeridos para la Propuesta de los Proveedores de Servicios-
Hoja de Cotejo

Formulario para Evaluación de Propuestas para Monitorias de Escritorio Solamente

OFICINA DE MONITORIA

FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE PROPUESTAS PARA MONITORIAS DE ESCRITORIO SOLAMENTE

INSTITUCIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

| FACTORES A EVALUARSE | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|--|--------|-----------|-----------|---------------|
| ADiestRAMIENTO O ACTIVIDAD ¿Está incluido en Catálogo de Servicios? ¿Está aprobado por el Consejo General de Educación? | | | | |
| LICENCIAS ¿Estaban vigentes al momento de la intervención? (Para operar como Escuela Federal o Estatal) | | | | |
| RESUMES (Profesores/Instructores) | | | | |
| CERTIFICACIÓN DE PLANILLAS | | | | |
| ESTADO FINANCIERO (Auditato) | | | | |
| MATERIALES, EQUIPO, UNIFORMES, ETC. | | | | |
| CERTIFICACIÓN EXCLUSIÓN O SUSPENSIÓN | | | | |
| AREA LIBRE DE DROGAS | | | | |
| LEY ADA | | | | |
| CERTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN | | | | |
| CERTIFICACIÓN NO-DEUDA DEL CRIM | | | | |
| CERTIFICACIÓN NO-DEUDA HACIENDA | | | | |
| CERTIFICACIÓN DE ASUME | | | | |
| CERTIFICACIÓN GOOD PRO | | | | |
| CERTIFICACIÓN LUGAR DE TRABAJO LIBRE DE DROGAS | | | | |
| CERTIFICADO INTEGRIDAD ETICA | | | | |
| POLIZA FONDO SEGURO DEL ESTADO | | | | |
| POLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD PUBLICA | | | | |
| EXPERIENCIA PREVIA CON FONDOS FEDERALES | | | | |
| CERTEFICACION DE INCORPORACIÓN | | | | |

Firma del Monitor

Fecha

Guía para la Evaluación de Contratos

OFICINA DE MONITORIA

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE CONTRATOS

CONTRATANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

| CRITERIOS | STATUS | OBSERVACIONES |
|--|--------|---------------|
| PROVEEDOR, SEGURO SOCIAL PATRONAL | | |
| VIGENCIA DEL CONTRATO | | |
| ACTIVIDAD (OJT, ADIESTRAMIENTO OCUPACIONAL, ADIESTRAMIENTO CORTO, EXPERIENCIA DE TRABAJO) | | |
| CATEGORIA (JOVEN-ADULTO-DESPLAZADO) | | |
| CREDITOS Y/U HORAS | | |
| ADIESTRAMIENTO Y NUM. DE CONTRATO | | |
| NUMERO CUENTA ITA | | |
| FORM. ADIESTRAMIENTO CORTO | | |
| REFERIDO OJT, EXPERIENCIA DE EMPLEO | | |
| RESUMEN DE MATERIALES (LIBROS, MATERIALES, EQUIPO Y/O HERRAMIENTAS, UNIFORMES, LICENCIAS, ENTRE OTROS) | | |
| CURRICULO | | |
| PROPUESTA | | |
| CLAUSULAS DEL CONTRATO | | |
| OTROS | | |

Firma del Monitor

Fecha

Formulario de Entrevista al Participante e
Igualdad de Oportunidades y No Discrimen

OFICINA DE MONITORIA

FORMULARIO DE ENTREVISTA AL PARTICIPANTE E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y NO DISCRIMEN

NOMBRE: _____

INSTITUCIÓN: _____

ADiestRAMIENTO: _____

FECHA: _____

| PREGUNTAS | RESPUESTAS | EVIDENCIAS | OBSERVACIONES |
|--|------------|------------|---------------|
| ¿Quién es la persona contacto en el Programa? | | | |
| ¿Cada cuánto tiempo te visita tu consejero? | | | |
| ¿Estás satisfecho con el adiestramiento? | | | |
| ¿Quién es tu Supervisor? ¿Quién te adiestra? | | | |
| ¿Cuántas horas trabajas o estudias? | | | |
| ¿En qué consiste tu tarea o adiestramiento? | | | |
| ¿Se te orientó y cumplimentó el Plan de Empleabilidad? ¿Se te entregó copia? | | | |
| ¿Se te orientó sobre el Mercado de Empleo? | | | |
| ¿Requiere el empleo el uso de uniformes, zapatos especiales, capacetes para la seguridad del participante? | | | |
| ¿Consideras que el equipo y el material son adecuados para tu adiestramiento? | | | |
| ¿Alguna sugerencia para mejorar el desarrollo de la actividad? | | | |
| IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y NO DISCRIMEN | | | |
| ¿Se te ha orientado sobre el Procedimiento de Querellas? | | | |
| ¿Te has sentido discriminado? | | | |
| ¿Por qué? | | | |
| ¿Se te ha orientado sobre el Procedimiento de Querellas por trato discriminatorio? | | | |
| ¿Se te orientó cómo radicar una querella? | | | |
| ¿Conoces sobre el término de 180 días para presentar querellas por discrimen? | | | |
| ¿Conoces el término de un año para radicar querellas no relacionadas con discrimen? | | | |

Firma del Participante

Firma del Monitor

Fecha

Entrevista a Participantes OJT y Experiencia de Trabajo

OFICINA DE MONITORIA

ENTREVISTA A PARTICIPANTES OJT Y EXPERIENCIA DE TRABAJO

NOMBRE PATRONO: _____

NOMBRE DE PARTICIPANTE: _____

| PREGUNTAS | RESPUESTAS | OBSERVACIONES |
|---|------------|---------------|
| ¿Estás satisfecho con el adiestramiento? | | |
| ¿Quién es tu Manejador de Casos? | | |
| ¿Quién es tu supervisor inmediato? | | |
| ¿Cuántas horas trabajas a la semana? | | |
| ¿Te gustan las tareas que realizas? | | |
| ¿Están relacionadas las tareas con la ocupación en la que te adiestras conforme al nombramiento? | | |
| Eres evaluado mensualmente por el supervisor ¿Cuántas veces has sido evaluado? | | |
| ¿Firmas y discutes la evaluación con el supervisor? | | |
| ¿Has sido amonestado alguna vez? ¿Por qué razón? | | |
| ¿Cumples con tu horario asignado? | | |
| ¿Has confrontado problemas con el patrono? | | |
| ¿Quién asigna el horario? | | |
| ¿Te has reunido con el supervisor u otro administrativo para exponer situaciones o recomendaciones? | | |
| ¿Cómo evalúas el servicio del programa? | | |
| ¿Crees que has desarrollado una buena experiencia de trabajo? | | |
| ¿Mantienes buena relación con el supervisor? | | |
| ¿Tienes alguna sugerencia para mejorar el servicio? | | |

Firma del Participante

Firma del Supervisor

Fecha

Entrevista a Supervisor o Personal Administrativo

Actividad OJT y Experiencia de Trabajo

OFICINA DE MONITORIA

ENTREVISTA A SUPERVISOR O PERSONAL ADMINISTRATIVO ACTIVIDAD OJT Y EXPERIENCIA DE TRABAJO

Nombre de Entrevistado: _____

Ocupación: _____

Institución: _____

| PREGUNTAS | RESPUESTAS | OBSERVACIONES |
|--|------------|---------------|
| ¿Cuántos empleados usted supervisa? | | |
| ¿Ha confrontado problemas con empleados bajo su supervisión? | | |
| ¿Qué norma aplica de surgir alguna situación? | | |
| ¿Has amonestado a empleados durante su supervisión? | | |
| ¿Lleva un récord de asistencia de participantes y que lo certifica? | | |
| ¿Asigna horario a participantes? | | |
| ¿Realiza evaluación de progreso mensual a participantes? | | |
| Discute las evaluaciones con el participante y firman ambas partes? | | |
| ¿Qué estrategia utiliza el patrono para capacitar a los participantes? | | |
| ¿A quién informa por escrito cuando recomienda una baja de participante? | | |
| ¿Mantiene una buena relación con el participante? | | |
| Sugerencias: | | |
| | | |
| | | |

Firma del Entrevistado

Firma del Monitor

Fecha

Formulario de Entrevista a Instructores,
Maestros o Personal Docente

OFICINA DE MONITORIA FORMULARIO DE ENTREVISTA A INSTRUCTORES, MAESTROS O PERSONAL DOCENTE

INSTITUCIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE: _____ **OCUPACIÓN:** _____

| PREGUNTAS | RESPUESTAS | OBSERVACIONES |
|--|------------|---------------|
| ¿Cuál es su especialización? | | |
| ¿Tiene experiencia previa en el campo de la enseñanza? | | |
| ¿Qué asignaturas enseña? | | |
| ¿Aproximadamente, cuántos estudiantes tienes por salón? | | |
| ¿La institución sule los materiales necesarios para llevar a cabo el adiestramiento? | | |
| ¿Considera usted que las facilidades son adecuadas para llevar a cabo el adiestramiento? | | |
| ¿Lleva un récord de asistencia diaria de los participantes? | | |
| ¿Certifica las asistencias una vez termina el período de clases? | | |
| ¿Rinde evaluaciones de progreso de los participantes? | | |
| ¿Discute la evaluación con el participante? | | |
| ¿Qué por ciento de participantes estima que completarán el adiestramiento? | | |
| ¿Tiene usted alguna Certificación, Licencia o Diploma del Departamento de Educación de alguna institución? | | |

Firma del Entrevistado

Firma del Técnico

Fecha

Formulario para Evaluación Facilidades Físicas

OFICINA DE MONITORIA

FORMULARIO PARA EVALUACIÓN FACILIDADES FÍSICAS

PATRONO/ENTIDAD: _____

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

| CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|--|----|----|---------------|
| CERTIFICACIONES | | | |
| Certificado del Departamento de Salud (Licencia Sanitaria) | | | |
| Certificado de Inspección y extintores de incendio | | | |
| ESTRUCTURA | | | |
| ¿Está debidamente rotulado el edificio? | | | |
| Alrededores y planta física limpios | | | |
| Salidas de emergencias que permiten el desalojo rápido | | | |
| Espacios adecuados para cumplir con las especificaciones | | | |
| FÁCIL ACCESO PARA INDIVIDUOS CON IMPEDIMENTOS | | | |
| Estacionamientos asignados a personas con impedimentos | | | |
| Servicios sanitarios diseñados para dar acceso a personas con impedimentos | | | |
| Entradas y rampas para acceso a personas con impedimentos | | | |

Firma del Representante de la Entidad

Firma del Monitor

Fecha de Evaluación de Facilidades

Recibo Entrega de Documentos

OFICINA DE MONITORIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES RECIBO ENTREGA DE DOCUMENTOS

Recibí del personal de la Oficina de Monitoria y de Igualdad de Oportunidades del Área Local de Desarrollo Laboral Bayamón-Comerio los siguientes documentos:

Procedimientos:

1. Procedimiento para atender Querellas relacionadas con trato Discriminatorio.
2. Procedimiento para atender Querellas relacionadas con trato No-Discriminatorio.
3. Procedimiento para atender Querellas relacionadas con Fraude, Abuso o Mal uso de Fondos.

Afiches:

1. El Discrimen es Contra la Ley
2. "Discrimination is Against the Law"
3. Igualdad de Oportunidad es Ley
4. "Equal Opportunity is the Law"

Nombre de la Institución

Representante de la Institución
que recibe el documento

Firma Técnico del Programa

Fecha

Certificación de Afiches

OFICINA DE MONITORIA CERTIFICACIÓN DE AFICHES

Certifico al Área Local de Desarrollo Laboral Bayamón-Comerío que fui orientado sobre el requerimiento de exposición de los Afiches de Igualdad de Oportunidades y Discrimen es Contra la Ley en la Institución o Empresa que represento.

Entiendo que debe estar colocado en todo momento en un área de continuo acceso de los participantes.

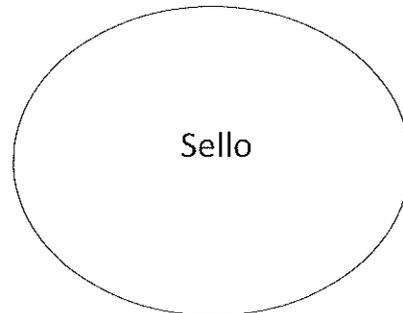
En _____, Puerto Rico, hoy ____ de _____ de 20 ____.

Certifico correcto,

Nombre Representante Autorizado

Firma

Institución y/o Empresa



Notificación de Conferencia

OFICINA DE MONITORIA NOTIFICACIÓN DE CONFERENCIA

Fecha: _____

Intervención: _____

Conferencia: Entrada Salida

Propósito: _____

ASISTENCIA

Nombre (Letra de Molde)

Firma

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Guía para la Revisión de Adiestramiento en el Empleo (OJT)

GUÍA PARA LA REVISIÓN DE ADIESTRAMIENTO EN EL EMPLEO (OJT)

INSTRUCCIONES

1. De la lista de contratos activos del presente año programa, seleccione la muestra.
2. En el proceso de muestreo de participantes, considere en el mismo a participantes que están activos en los OJT seleccionados.
3. Examine los expedientes de proveedores de servicios y de participantes seleccionados y complete la siguiente información:

| | |
|--------------------------------|----------------------------|
| I. Información General | |
| Programa: | |
| Proveedor de Servicios: | |
| Dirección física: | |
| Dirección postal: | |
| Teléfono () | Email: |
| Persona contacto: | |
| Costo total adiestramiento: \$ | Aportación Fondos WIOA: \$ |
| Número de contrato: | Vigencia de contrato: |
| Ocupación(es): | |
| Total de participantes: | |

| II. Expediente del Proveedor | Sí | No | N/A | Observaciones |
|---|----|----|-----|---------------|
| 1. El Área Local tenía disponible un expediente de proveedor OJT | | | | |
| 2. Contenido del Expediente | | | | |
| a) Propuesta | | | | |
| b) Evaluación de la Propuesta | | | | |
| c) Notificación al proveedor de la aprobación de su propuesta | | | | |
| d) Documentos que evidencien estabilidad financiera | | | | |
| e) Certificación de incorporación del Departamento del Estado, cuando aplique | | | | |
| f) Certificado de Buena Conducta ("Good Standing") del Departamento de Estado | | | | |
| g) Permiso para uso de facilidades (ARPE, Bomberos, Salud) | | | | |
| h) Certificación del Fondo del Seguro del Estado | | | | |
| i) Certificación de No-Deuda del Departamento de Hacienda | | | | |

| II. Expediente del Proveedor | Sí | No | N/A | Observaciones |
|---|----|----|-----|---------------|
| j) Certificación de Radicación de Planillas (Departamento de Hacienda) por los últimos 5 años | | | | |
| k) Certificación del Centro de Recaudación Recausaciones (CRIM) | | | | |
| l) Certificación del Seguro por Desempleo y del Seguro por Incapacidad (Departamento del Trabajo) | | | | |
| m) Certificación de exclusión/suspensión | | | | |
| n) Pago de Patente Municipal | | | | |
| o) Certificación de Seguro Choferil | | | | |
| p) Certificación prohibiendo el cabildeo (para contratos de \$100,000.00 en adelante) | | | | |
| q) Certificación de Lugar de Trabajo Libre de Drogas | | | | |
| r) Certificación de ASUME individual o Corporativa | | | | |
| s) Alternativas: -Certificación Ideal -Certificación registro como liciador Administración de Servicios Generales | | | | |
| 3. Existe documentación que refleja que el salario pagado al participante y las condiciones de trabajo son consistentes de trabajo con otros empleados que desempeñan la misma ocupación. | | | | |
| 4. Si el proveedor ha tenido contratos previos con el Área Local, se examinó su ejecución previa como uno de los criterios básicos para aprobar la propuesta. | | | | |
| 5. Existe documentación del historial del patrono que permita determinar que no ha violado las disposiciones que prohíben la relocalización de empresas. | | | | |
| 6. Si los participantes a ubicar en el OJT ya son empleados de la empresa, el OJT está realcionado con la introducción de nuevas tecnologías, nuevos métodos de producción o de servicios , la ubicación en nuevos trabajos que requieren destrezas adicionales. (La Junta Local puede haber establecido, mediante política pública, unos propósitos adicionales) | | | | |
| 7. Se determinó que las facilidades físicas satisfacen requisitos de salud, seguridad y acceso a personas con impedimentos. | | | | |

| IV. Contrato | Sí | No | N/A | |
|---|----|----|-----|--|
| 1. Existe un contrato con el Proveedor de Servicios | | | | |
| 2. El contrato con el Proveedor de Servicios establece hasta un máximo de 50% para el reembolso del salario pagado a los participantes. Si la aportación del patrono es menos | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| del 50% del salario, verificar si existe la aprobación de una dispensa al respecto, por el gobierno federal. | | | | |
| 3. La duración del contrato se limita al tiempo necesario para adquirir las destrezas de una ocupación , incluyendo los requisitos para adquirir dichas destrezas. De aplicar, se ha realizado ajustes a la duración de los adiestramientos considerando las destrezas vocacionales de los participantes, su experiencia previa y su plan individual de empleo. | | | | |
| 4. Requisitos de facturación, incluyendo la frecuencia de la facturación y la documentación de apoyo requerida. | | | | |
| 5. Evaluación del progreso de los participantes. | | | | |
| 6. Retención de empleo a los participantes que terminen con éxito del adiestramiento. | | | | |
| 7. El contrato incluye las cláusulas requeridas (Revisar el contrato utilizando el formulario cláusulas a ser incluidas en los contratos). | | | | |

| V. Expedientes de Participantes | Si | No | N/A | |
|--|-----------|-----------|------------|--|
| 1. Existe una determinación de necesidad de adiestramiento en los expedientes de los participantes. | | | | |
| 2. Se proveyó a los participantes información de ocupaciones de mayor demanda. | | | | |
| 3. Se proveyó a los participantes información sobre los OJT disponibles. | | | | |
| 4. Se documentó la libre selección del adiestramiento en sus expedientes. | | | | |
| 5. Al establecer la duración del OJT para cada participante, se tomó en consideración las destrezas académicas y ocupacionales del participante, su experiencia previa y su plan individual de empleo. | | | | |
| 6. Si el participante es empleado de la empresa, se determinó que su salario actual no te permite la autosuficiencia, conforme a la política establecida por la Junta Local. | | | | |
| Notas: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Monitor: _____ Fecha: _____

Hoja de Revisión Expedientes de Participantes
Programa de Adultos y Trabajadores Desplazados

HOJA DE REVISIÓN EXPEDIENTES DE PARTICIPANTES PROGRAMA DE ADULTOS Y TRABAJADORES DESPLAZADOS

Nombre: _____

Área Local: Bayamón Comerío

WIOA PARTICIPANTE ACTIVO PARTICIPANTE SEGUIMIENTO

I. ELEGIBILIDAD GENERAL

| Requisitos | SI | NO | N/A |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adulto | | | |
| ▪ Ciudadano Americano/Residente Legal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 18 años o más | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Inscripción Servicio Selectivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Trabajador Desplazado | | | |
| ▪ Ciudadano Americano/Residente Legal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ 18 años o más | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Inscripción Servicio Selectivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Terminado o cesanteado, elegible para desempleo o agotó beneficios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Trabajó pero no es elegible para desempleo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Recibió notificación de terminación o cesantía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Empleado en facilidad donde el patrono anunció cierre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Auto empleado, pero ya no trabaja por condiciones económicas generales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Desplazado de tareas domésticas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. FORMULARIOS BÁSICOS

| Requisitos | SI | NO | N/A |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Solicitud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Orientación - firmado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Procedimiento de Querellas – firmado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Notificación Política Igual Oportunidad - firmado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Nombramiento - firmado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Fecha de Registro en SACWIOA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios: _____

MANEJO DE CASOS

A. Servicios Básicos

- | | SI | NO | N/A |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Recibió el cliente servicios básicos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Cuáles servicios básicos fueron provistos? | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| 3. ¿Están documentados los servicios provistos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. De haber realizado gestiones de búsqueda de empleo ¿ la evidencia presentada demuestra que existían vacantes y la razón por la que no fue colocado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. El participante fue referido a otro programa o proveedor de servicios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿El participante se colocó en un empleo no subsidiado? De comentar sí, pasar a la Sección D. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Se transfirió el participante de servicios básicos a servicios intensivos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. La transferencia del participante a servicios intensivos, incluye justificación que demuestre la necesidad de dichos servicios y la inhabilidad del participante de conseguir empleo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios: _____

B. Servicios Intensivos

- | | SI | NO | N/A |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. La documentación provista justifica la necesidad de servicios intensivos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Cuáles servicios intensivos fueron positivos? | | | |

-
-
3. ¿Estos servicios parecen con la evaluación inicial y los intereses del participante?
4. De haber realizado una evaluación comprensiva al participante.
- a. ¿Se mantiene copia de la evaluación en el expediente?
- Fecha de evaluación : _____
- Instrumento de evaluación: _____
- b. Se completó la información sobre:
- historial educativo/adiestramiento
 - historial de trabajo
 - limitaciones de barreras
 - análisis de empleabilidad y destrezas para el empleo
 - análisis de intereses ocupacionales/aptitudes
- c. ¿Está firmada por el Manejador de Casos?
5. ¿Se colocó el participante en un empleo no subsidiado?
- De contestar sí, pasar a la Sección D.
6. ¿Se transfirió al participantes de servicios Intensivos a adiestramiento?

Comentarios: _____

C. Servicios de Adiestramiento

1. ¿Existe documentación en el expediente que justifique la necesidad de adiestramiento?
2. ¿Se completó una Estrategia Individual de Servicios (EIS) y está firmada por el participante?
3. La EIS contiene:
- Metas de Empleo/Ocupaciones
- _____
- Actividades y servicios para lograr las metas

4. ¿La información contenida en EIS concuerda con el contenido y análisis de la evaluación comprensiva.
5. ¿Ha tenido que ser actualizada los EIS de acuerdo a situaciones del participante?
6. ¿Qué actividad de adiestramiento se le proveyó al participante?
Indique: _____
7. ¿El adiestramiento provisto coincide con la selección del participante desde la evaluación inicial?
8. ¿La evaluación demuestra que el participante tiene y cumple con las destrezas requeridas para completar exitosamente el adiestramiento?
9. ¿El adiestramiento seleccionado está directamente relacionado con empleos en ocupaciones en demanda y forma parte de la Lista Estatal?
10. ¿Se documenta el progreso del participante en el expediente?
11. ¿El participante alcanzó las metas establecidas en el EIS?

Comentarios: _____

D. Servicios de Seguimiento:

Requisitos

1. Se le otorgó al participante la salida una vez completó su participación?
2. ¿Si el participante no recibió servicios por 90 días consecutivos, Se le otorgó salida "soft exited"?
3. ¿Se documenta en los expedientes los servicios de seguimiento provisto al participante? (durante y después de participación).
4. ¿Qué servicios se ofrecieron durante el seguimiento?

5. ¿El empleo no subsidiado es verificado y documentado?
¿Cómo se documenta? _____

Comentarios Generales: _____

Monitor: _____

Fecha: _____

Hoja de Revisión Expedientes de Participantes
Programa de Jóvenes

HOJA DE REVISIÓN EXPEDIENTES DE PARTICIPANTES PROGRAMA DE JÓVENES

Nombre: _____

Área Local: Bayamón Comerío

WIOA PARTICIPANTE ACTIVO PARTICIPANTE SEGUIMIENTO

I. ELEGIBILIDAD

- JOVEN 14-21 AÑOS (DENTRO DE LA ESCUELA)
- JOVEN 16-24 AÑOS (FUERA DE LA ESCUELA)
- PARTICIPACIÓN CONCURRENTENTE

| Requisitos | SÍ | NO | N/A |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Ciudadano Americano/Residente Legal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Edad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Inscripción Servicio Selectivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Desventajado Económicamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Barreras

- Deficiente destrezas básicas
- Desertor escolar
- Deambulante, hogar sustituto, huyó del hogar
- Embarazada o criando hijos
- Ofensor
- Requiere asistencia adicional, según definido por Área Local

Comentarios: _____

Barreras (5%, no desventajado económicamente)

- Desertor escolar
- Deficiente destrezas básicas

- Uno o más impedimentos, incluyendo impedimentos de aprendizaje
- Embarazada o criando hijo
- Ofensor
- Deambulante, huyó del hogar
- Enfrenta barreras para empleo, según definido por Área Local

Comentarios: _____

II. FORMULARIOS BÁSICOS

| | SÍ | NO | N/A |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Solicitud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Orientación firmada por el participante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Nombramiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Procedimiento de Querellas por Participante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Notificación política igualdad de oportunidad firmada por participante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Fecha de Registro en SACWIOA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios: _____

III. EVALUACIÓN OBJETIVA

| Requisitos | SÍ | NO | N/A |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se realizó la evaluación objetiva al participante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha de evaluación : _____ | | | |
| 2. Instrumento de Evaluación: _____ | | | |
| 3. En la Evaluación Objetiva se completó la información sobre: | | | |
| ▪ Historial educativo y destrezas básicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Historial de empleo y destrezas ocupacionales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Barreras para adiestramiento/empleo y necesidades para la autosuficiencia (servicios de sostén) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Análisis de empleabilidad y destrezas para empleo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Análisis de intereses ocupacionales y aptitudes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La evaluación objetiva está firmada por el manejador | | | |

de casos.

5. ¿Se le administró la pre-prueba de destrezas básicas dentro de los 60 días de su registro al programa?

Fecha de registro: _____

Fecha de prueba: _____

Comentarios: _____

IV. ESTRATEGIA INDIVIDUAL DE SERVICIOS

| Requisitos | SI | NO | N/A |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se completó la Estrategia Individual de Servicios (EIS) con el participante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. La EIS incluye lo siguiente: | | | |
| ▪ Metas profesionales o de estudio apropiados para su edad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Consideración de los resultados de la evaluación objetiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Actividades y servicios para lograr metas profesionales o de estudio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Servicios de sostén o cualquier acomodo razonable, de ser necesario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿La EIS es actualizada para demostrar el progreso hacia las metas del participante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Las notas del manejador de casos reflejan que el participante está activamente recibiendo servicios al menos una vez cada noventa (90) días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios: _____

V. SERVICIOS DE SEGUIMIENTO

| Requisitos | SÍ | NO | N/A |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se le otorgó la salida al participante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Se le administró la post-prueba antes de la salida?

Fecha de salida: _____

Fecha de post-prueba _____

3. ¿La post-prueba reveló mejoría?

4. ¿Si el participante es impedido, se le administró la pre y post-prueba con acomodo razonable, según sus necesidades?

5. Se le proveyó servicios de seguimiento por un mínimo de doce (12) meses?

De contestar no, explique: _____

6. ¿Cuáles servicios de seguimiento fueron provistos?

- Desarrollo de Liderazgo y Conducta Social Positiva
- Contacto regular con el Patrono del Joven
- Desarrollo de Carreras
- Grupos de Apoyo de Pares en el Trabajo
- Seguimiento del Progreso del Joven en el Empleo después del Adiestramiento

7. El participante alcanzó una o más de las tasas de ejecución del programa?

Indique cuáles: _____

Comentarios Generales: _____

Monitor

Fecha

ELEMENTOS PROGRAMA DE JOVENES

| Seguro Social | | | | | | | | | | Nombre | Inicial | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--------|---------|------------------|------------------|
| * | * | * | * | * | | | | | | | | | |
| 1. Experiencia de Trabajo con o sin paga, con un componente académico y ocupación. (Internados, OJT, Job Shadowing, programas de pre-aprendizaje) | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Servicios de mentores adultos, por el periodo de participación y subsecuentemente por no menos de doce (12) meses. | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Educación en Conceptos Financieros. | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Servicios de escuela secundaria alternativa o servicios de recuperación de deserción escolar. | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Tutoría, adiestramiento en destrezas de estudio, instrucción, estrategias de prevención de deserción escolar y estrategias de recuperación que llevan a completar los requerimientos de un diploma de escuela superior o equivalente (incluyendo un certificado reconocido de asistencia o un documento similar para jóvenes con impedimentos) o para una credencial postsecundaria reconocida. (Ej. Educación Remedial) | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Experiencia de Empleo de VERANO. | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Consejería abarcadora y orientación, que puede incluir orientación y referidos relacionados al abuso de drogas y alcohol. (Ej. Talleres relacionados a la Conducta y temas de interés social) | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Adiestramiento en destrezas ocupacionales, que debe incluir una consideración de prioridad por programa de adiestramiento encaminado a una credencial postsecundaria, que a su vez está alineado con sectores industriales y ocupaciones en demanda en el ALDL, si el área local determina que los programas alcanzan los criterios de calidad descritos en la Sección 123. | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Servicios que proveen información sobre el mercado laboral y empleos en sectores industriales y ocupaciones en demanda en las ALDL, tales como el conocimiento sobre carreras, consejería y servicios de exploración de carreras. (Ej. Taller de Preparación para el Empleo, Preparación de Resume etc.) | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Oportunidades de desarrollo de liderazgo, que puede incluir servicio comunitario y actividades centradas en pares, que a su vez fomente la responsabilidad y otras conductas sociales y cívicas positivas. | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Educación ofrecida concurrentemente con y en el mismo contexto, que actividades de preparación para la fuerza trabajadora y adiestramientos para una ocupación específica en un grupo ocupacional. (Ej. Taller de Inglés Conversacional) | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Adiestramiento en Destrezas Emprendedoras (Empresariales, etc.) | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Servicios de Sostén | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Actividades que ayudan a la preparación del joven para la transición hacia una educación y adiestramiento postsecundario. (Ej. Alfabetización y Comunicación) | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> Firma del Monitor | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> Fecha | | | | | | | | | | | | | |

Documentos Requeridos para la Propuesta de los
Proveedores de Servicios-Hoja de Cotejo



DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PROPUESTA
DE PROVEEDORES DE SERVICIOS Y ENTIDADES COLABORADORAS

HOJA DE COTEJO

Nombre Proveedor: _____
Número de Propuesta: _____
Tipo de Propuesta: _____

| | |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Completó los documentos |
| <input type="checkbox"/> | Devolver por falta de documentos |

Fecha: _____

| NOMBRE DEL DOCUMENTOS | OJT | SP | ET | SC | RE | COMENTARIOS |
|---|-----|-----|-------|-----|-----|-------------|
| ARPE | | | | | | |
| Permiso de Uso | X | n/a | X | n/a | X | |
| MUNICIPIO CORRESPONDIENTE | | | | | | |
| Patenta Municipal (Documento vence cada 6 meses o anual en Junio y/o diciembre) | X | X | n/a | X | X | |
| INTERNAL REVENUE SERVICE (IRS) | | | | | | |
| Evidencia del Número de Seguro Social Patronal (Carta del IRS) | X | n/a | n/a | X | X | |
| DEPARTAMENTO DE ESTADO | | | | | | |
| Certificación de Existencia o Incorporación para hacer Negocios | X | n/a | X | n/a | X | |
| Certificado Buena Pro (Good Standing) | X | s/a | X | n/a | X | |
| DEPARTAMENTO DE HACIENDA | | | | | | |
| Registro de Comerciante (Modelo SC 2918) | X | X | n/a | X | X | |
| Certificación de Radicación Contribuciones sobre Ingresos de 5 años | X | X | n/a | X | X | |
| Certificación de Radicación de Planilla de IVU (Modelo SC 2942) | X | s/a | n/a | X | X | |
| Certificación de Deuda del Impuesto sobre IVU (Modelo SC 2927) | X | X | n/a | X | X | |
| Certificación de Deuda (SC6069) | X | X | n/a | X | X | |
| Carta de Relevó del 7% | n/a | X | n/a | X | X | |
| CRIM | | | | | | |
| Certificación de Radicación Planillas durante los 5 años (CRIM) | X | X | n/a | X | X | |
| Certificación de Propiedad Mueble | X | X | n/a | X | X | |
| Certificación de Propiedad Inmueble | X | X | n/a | X | X | |
| Certificación de Deuda por todos los Conceptos (CRIM) | X | X | n/a | X | X | |
| DEPARTAMENTO DEL TRABAJO | | | | | | |
| Certificación de Deuda del Seguro por Desempleo e Incapacidad | X | s/a | n/a | X | X | |
| Certificación de Deuda por Concepto de Seguro Choferil | X | n/a | n/a | n/a | n/a | |
| Nota: Documento vence cada 3 meses, marzo, junio, sept. y diciembre | | | | | | |
| CORPORACION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO | | | | | | |
| Certificación no Deuda | X | X | n/a | X | X | |
| Póliza de Seguro (si tiene empleado) | X | X | n/a | X | X | |
| AGENCIA DE SEGURIDAD | | | | | | |
| Licencia de Bomberos | X | n/a | X | X | X | |
| Licencia de Salud Ambiental | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | |
| DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA (ASUME) | | | | | | |
| Certificación Negativa o Estado de Cuenta (Personal o Corporativo; documento vence 30 días) | X | X | n/a | X | X | |
| GOBIERNO FEDERAL | | | | | | |
| Registro SAM | n/a | n/a | n/a | n/a | X | |
| CONSEJO DE EDUCACION | | | | | | |
| Licencia del Consejo de Educación | n/a | n/a | s/a | X | X | |
| ORTROS REQUISITOS PRIVADOS | | | | | | |
| Evidencia de Póliza de Responsabilidad Pública | X | X | n/a | X | X | |
| Certificación de Contrataciones Vigentes con Agencias Gubernamentales | n/a | n/a | n/a | X | X | |
| Estado Financiero reciente (Si los ingreso exceden los 3 MILLONES, deberá estar certificado por un Contador Público Autorizado) | X | s/a | n/a | s/a | X | |
| Declaración Jurada de no haber sido convicto de ningún cargo a nivel Estatal y/o Federal | X | X | n/a | X | X | |
| PARA USO OFICIAL DEL AREA DE CONTRATACION | | | | | | |
| Certificación sobre Lugar de Trabajo Libre de Drogas y Alcohol | X | X | n/a | X | X | |
| Declaración Jurada (Ley 428) Debe ser juramentada ante notario público | X | X | n/a | X | X | |
| Certificación de Igualdad de Oportunidad en Empleo | X | X | n/a | X | X | |
| Certificación de Exclusión, Suspensión e Integridad Ética | X | X | n/a | X | X | |
| Recibo de la Ley de Ética, Reglamentos y Código de Ética para Contratistas | X | X | n/a | X | X | |
| LEYENDA: OJT = ADIESTRAMIENTO EN EL EMPLEO SP = SERVICIOS PROFESIONALES ET = EXPERIENCIA DE TRABAJO SC = ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO DE CARRERA RE = REGISTRO ESTATAL s/a = si aplica n/a = no aplica | | | | | | |
| EVALUACION INICIAL DE REQUISITOS DE DOCUMENTACION - VERIFICADO POR: | | | FECHA | | | |
| | | | | | | |