

SOLICITUD DE REGISTRO EN WIOA/WP			
<i>La presentación de esta solicitud NO garantiza su elegibilidad o participación en cualquier programa de WIOA/WP</i>			
Información del Solicitante			
Nombre:		SSN:	
Dirección:		Apartamento o Unidad:	
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	
Teléfono:		Número Alternativo:	
Email:			
Declaraciones de Entendimiento		Iniciales del Solicitante	Iniciales Rep. de WP/WIOA
<p><i>Las siguientes declaraciones se proveen con el propósito de establecer un marco del Programa WIOA/WP, sus servicios y su propósito para el solicitante. Estas declaraciones son claras y aplican a todos los solicitantes del programa WIOA.</i></p> <p><u>Iniciales del Solicitante:</u> Certifica que ha leído y entendido la declaración</p> <p><u>Iniciales Personal de WP/WIOA:</u> Certifica que ha revisado cada encasillado y que ha respondido a todas las preguntas del Solicitante.</p>			
WIOA no es una “ayuda financiera”, sino un programa que provee asistencia para obtener un empleo razonable.			
WIOA está diseñada para ayudarte a conseguir un empleo razonable. Durante el proceso podrás recibir servicios de carrera básicos e individualizados (empleo y colocación) y servicios de adiestramiento.			
Servicios de carrera básicos: disponibles de forma universal a todo individuo empleado o desempleado. Incluye, pero no se limita a: búsqueda de empleo, asistencia para la colocación en un empleo, ofertas de empleo, Información del Mercado Laboral, servicios de seguimiento, y registración en el Puerto Rico Labor Exchange.			
Servicios de Carrera Individualizados: incluye pero no se limita a: evaluación comprensiva, desarrollo de un plan individual de empleabilidad, consejería de carreras, pruebas, talleres, y servicios de manejo de caso.			
Solo cuando personal de Wagner-Peyser determine que no estás apto para obtener un empleo, entonces podrás ser referido a servicios de adiestramiento.			
Todos los servicios deberán estar autorizados por personal del Centro antes de que estos comiencen. Cualquier y toda obligación incurrida por el solicitante sin previa autorización será responsabilidad del solicitante.			
Estoy consciente que mis circunstancias personales son diferentes de las de otros solicitantes. Mi plan de empleo es único a mis necesidades y por lo tanto la asistencia recibida podrá diferir de la de otros solicitantes (incluyendo el tipo de asistencia, la cantidad de asistencia, el periodo de tiempo y los resultados)			

Información Demográfica		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Registrado en el Servicio Selectivo? varones solamente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Excepción (<i>nacidos antes del 1 de enero de 1960</i>) www.sss.gov		
Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano o Naturalizado <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Extranjero / Refugiado Admitido Legalmente		
Si no es ciudadano, Núm. de Registro de Extranjero: A		Fecha de Exp.: <input type="checkbox"/> ¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Áfrico-Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático Nativo de Hawaii/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
¿Considera que tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Información de Veterano		
¿Ha servido en el Servicio Militar de Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí, Veterano Elegible	
	<input type="checkbox"/> Sí, menos de o igual a 180 días y separado honorablemente	
	<input type="checkbox"/> Sí, Otra Persona Elegible (<i>cónyuge o hijo de veteran discapacitado</i>)	
¿Veterano de Campaña? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Veterano Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Veterano recientemente separado? (<i>últimos 48 meses</i>) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Información de Empleo		
Status Laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado con notificación de terminación o separación militar		
¿Ha asistido a un Evento de Respuesta Rápida del American Job Center? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del Patrono más Reciente:		
Dirección:		Apartamento o Unidad:
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Teléfono:		Persona Contacto:
Tasa de Pago más Reciente (<i>por hora</i>):		Cesantía o Fecha de Terminación:
¿Ha recibido compensación de Seguro por Desempleo en los últimos seis (6) meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Información Educativa		
Grado más Alto Completado(<i>circule</i>): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		
Credencial más Alta Obtenida: <input type="checkbox"/> HS/GED <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado		
¿Está actualmente en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, es para un Diploma de H.S./GED o Certificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Información Adicional Relacionada con WIOA		
Pregunta	Respuesta	Comentario
¿Eres un Trabajador Desplazado del Hogar*?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<i>* Un individuo que ha sido desplazado de su carrera como ama de casa sin paga y por tal razón sus destrezas han disminuido y dependía del ingreso de otro miembro de la familia que ya no le está proveyendo apoyo financiero.</i>		
¿Habla, lee y/o escribe de forma limitada en Inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Eres madre/padre soltero(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Eres una persona sin hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Eres un joven huyendo de casa? (<i>edad 14-25</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Eres un ex-ofensor? (<i>arrestado o convicto</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Estás embarazada o Joven Criando? (<i>edad 14-25</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Eres miembro de un hogar sustituto? (<i>edad 14-25</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Deficiencia en Destrezas Básicas (<i>lectura/matemática, menos de 9no Grado</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asistencia Pública		
Está recibiendo actualmente o ha recibido cualquiera de los siguientes en los últimos seis (6) meses		
Tipo de Asistencia	Sí o No	Comentarios
Ayuda Temporera para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) (<i>Ticket-to-Work</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asistencia Financiera como Refugiado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asistencia General (<i>término usado para bienestar social por otros estados</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cupones de Alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Beca Pell	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Eres un joven que recibe sustento del estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Certificación y Aceptación	Iniciales del Solicitante
<p>Por la presente CERTIFICO que la información presentada en esta solicitud es cierta y completa según mi mejor conocimiento. Tengo entendido que de proveer información falsa u omisiones significativas puede ser razón suficiente para descalificarme de futuras consideraciones para actividades de los programas bajo WIOA y pudiera ser suficiente justificación para ser terminado si se detecta en una fecha futura.</p>	
<p>Finalmente, reconozco que la solicitud y la determinación de elegibilidad son pasos iniciales y no garantizan la participación en un programa. He leído y entendido el proceso de registro en WIOA/WP que se acompaña con esta solicitud.</p>	
<p>Revelar su número de seguro social es mandatorio. Sin embargo, de conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 y la Sección 119.07(5)(a) 3 F.S (2005) y 5 USCA 552(a), su número de Seguro Social y la información personal está protegida como información confidencial por todo el personal del Centro. Los números de Seguro Social son utilizados por el American Job Center para propósitos de identificación y rastreo. Esta información es suministrada a las agencias Federales y Estatales relacionadas con los servicios provistos, fondos desembolsados según permitido por la Ley de Privacidad.</p>	
Firma del Solicitante	Fecha

***** PARA USO OFICIAL SOLAMENTE *****

VALIDACION DE INFORMACIÓN (completado una vez entrada la información a PRIS)	
<p>Fecha Asistió Orientación de WIOA (circule uno: en línea o en el Centro)</p> <p>Fecha se Completó la Elegibilidad:</p>	<p>Registrado en Programa bajo WIOA</p> <p><input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Jóvenes</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajadores Desplazados</p> <p><input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional</p> <p><input type="checkbox"/> National Farmworkers Job Program (NFJP)</p> <p><input type="checkbox"/> Educación para Adultos (Título IIA)</p>

ESTA PAGINA HA SIDO DEJADA EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL

Cuestionario de Registro (WP/WIOA)	
Para ser completado por el solicitante de WIOA. Este cuestionario es instrumental para la evaluación de las necesidades de empleo del solicitante y para el desarrollo de un Plan de Carrera individualizado. Marque todas las que apliquen.	
Expectativas del Programa	
¿Estás buscando empleo inmediato?	(Si No, por favor explique)
¿Qué servicios está buscando? (explique)	
Expectativas de Empleo	
Menciones tres (3) ocupaciones de interés	
Que asistencia para la Búsqueda de Empleo estas solicitando?	
<input type="checkbox"/> Consejos de Búsqueda <input type="checkbox"/> Resume <input type="checkbox"/> Entrevista <input type="checkbox"/> Referido a Empleo <input type="checkbox"/> N/A	
¿Desea asistencia en la planificación de carreras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Busca servicios de adiestramiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si afirmativo (<i>buscando adiestramiento</i>), mencione las preferencias:	
Destrezas Básicas / Factores Educativos	
DEFICIENCIAS EN DESTREZAS BASICAS	<input type="checkbox"/> Lectura debajo del 9no grado <input type="checkbox"/> Literacidad <input type="checkbox"/> Matemática debajo del 9no grado <input type="checkbox"/> No sabe leer <input type="checkbox"/> Lenguaje debajo del 9no grado <input type="checkbox"/> Desertor Escolar <input type="checkbox"/> Deficiente en Destrezas Básicas <input type="checkbox"/> No Destrezas Básicas en Computadora <input type="checkbox"/> Limitado en el Idioma Inglés <input type="checkbox"/> Rezagado en nivel escolar para su edad (jóvenes)
Listo para el Empleo	
CUIDO DE DEPENDIENTES	<input type="checkbox"/> Cuido De Niños <input type="checkbox"/> Niño con Necesidades Especiales <input type="checkbox"/> Cuido de Adultos <input type="checkbox"/> N/A
TRANSPORTACIÓN	<input type="checkbox"/> Tiene una licencia válida <input type="checkbox"/> No tiene una licencia válida <input type="checkbox"/> Vencida <input type="checkbox"/> Con Restricciones <input type="checkbox"/> Tiene auto <input type="checkbox"/> Auto necesita reparaciones <input type="checkbox"/> No puede comprar gasolina
CONTACTOS	Teléfono de la casa: () - Otro Teléfono (Familiar/Otro): () -
ROPA PARA TRABAJAR	<input type="checkbox"/> Uniformes <input type="checkbox"/> Ropa para entrevista de empleo <input type="checkbox"/> Necesita herramientas para el trabajo/Equipo <input type="checkbox"/> N/A
Ambiente de Vivienda	
VIVIENDA	<input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Reside en un refugio <input type="checkbox"/> Posible desahucio <input type="checkbox"/> Condiciones de vida sub-estandar <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Necesita Asistencia de Emergencia <input type="checkbox"/> Reside en vivienda pública
VIDA EN EL HOGAR	<input type="checkbox"/> Familia de alto riesgo/Situación de Vivienda <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Carece del Sistema de Apoyo Familiar
Factores Económicos / Situación Financiera	
CREDITO / FINANZAS	<input type="checkbox"/> Bancarrota <input type="checkbox"/> Pobre Historial de Crédito <input type="checkbox"/> Requiere servicios para la administración del presupuesto <input type="checkbox"/> Necesita Asesoramiento de Crédito al Consumidor <input type="checkbox"/> Imposibilitado de ser Fiado (Bonded) <input type="checkbox"/> Debe préstamo de estudiante <input type="checkbox"/> N/A
Factores Vocacionales / Ocupacionales	
¿Destrezas Laborales Obsoletas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si afirmativo, por favor explique:
¿Licencia Profesional Expiró o Revocada/Suspendida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si afirmativo, por favor explique:

Ayudas Adicionales Recibidas		
ASISTENCIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> PAN <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Hogar Substituto <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> N/A	
ASUNTOS LEGALES	<input type="checkbox"/> Ex-ofensor <input type="checkbox"/> En Probatoria <input type="checkbox"/> Pendiente Vista en Corte <input type="checkbox"/> Reclamación Existente/Pendiente FSE <input type="checkbox"/> Orden de la Corte para Pagar <input type="checkbox"/> Pensión Alimentaria <input type="checkbox"/> Congelación de Salarios <input type="checkbox"/> N/A	
Salud y Observaciones de Comportamiento		
SALUD	<input type="checkbox"/> No tiene Seguro Médico <input type="checkbox"/> Discapacidad Revelada <input type="checkbox"/> Necesita Espejuelos <input type="checkbox"/> Necesita Servicios Dentales <input type="checkbox"/> Problemas del Habla <input type="checkbox"/> No tiene para medicinas <input type="checkbox"/> Requiere Acomodo Razonable <input type="checkbox"/> Limitaciones para Trabajar en Ciertos Empleos <input type="checkbox"/> Problemas de Saludo son la Causa de Ausencias en el Empleo <input type="checkbox"/> Pendiente Cirugía o Licencia por Enfermedad	
COMPORTAMIENTO	<input type="checkbox"/> Demuestra baja estima <input type="checkbox"/> Demuestra problemas de comportamiento <input type="checkbox"/> Requiere Medicación <input type="checkbox"/> Discapacidad Revelada	
ABUSO DE SUBSTANCIAS	<input type="checkbox"/> Requiere tratamiento <input type="checkbox"/> Fallo Prueba de Dopaje <input type="checkbox"/> Completó Programa de NA/AA <input type="checkbox"/> N/A	
CERTIFICO que todas las declaraciones dadas por mi en este cuestionario son ciertas según mi mejor entendimiento. Entiendo que el ofrecer información falsa puede resultar en mi terminación inmediata del programa WIOA y/o el repago de costos y servicios.		
Nombre del Solicitante:	Firma del Solicitante:	Fecha:
Representante WP/WIOA:	Firma Rep. WP/WIOA:	Fecha: