

PRIORIDAD EN EL SERVICIO PARA VETERANOS

(Formulario de Evaluación)

La información en este formulario se solicita de manera voluntaria. La intención de solicitar la información es solo para determinar su elegibilidad para recibir la Prioridad en el Servicio para Veteranos. Su información se mantendrá de manera confidencial y solo se utilizará con el propósito de ayudarlo. Si usted piensa que usted califica para recibir Prioridad en el Servicio para Veteranos, por favor llene este formulario y póngalo en el punto de colección y espere a que le llamen

Nombre (Apellido, Nombre, S.I.) Número de ID de AJC Fecha (MM/DD/AAAA)

Veterano: Es una persona quien ha servido en el servicio militar, naval o de fuerza aérea, y que fue dado de baja o recibió licenciamiento bajo condiciones no deshonrosas. Servicio activo incluye servicio de tiempo completo en la Guardia Nacional o como integrante de la reserva, aparte del servicio de tiempo completo utilizado para capacitación.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Usted prestó servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? | Sí | No |
| 2. ¿Es usted el cónyuge de un veterano sobreviviente? | Sí | No |
| 3. ¿Es usted cónyuge de alguno de los siguientes individuos? | Sí | No |
| a. ¿Algún veterano que falleció debido a una discapacidad relacionada a su servicio? | | |
| b. Cualquier miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo, quien, al momento de solicitar prioridad, fue catalogado en una o más de las siguientes categorías y ha aparecido así un total de más de 90 días como: | | |
| i. Desaparecido en combate; | | |
| ii. Capturado por el enemigo durante el cumplimiento de su deber; o | | |
| iii. Detenido por la fuerza o confinado por un gobierno extranjero o poder durante el cumplimiento de su deber? | | |
| c. ¿Cualquier veterano que tenga una discapacidad total relacionada a su servicio, según evaluada por el Departamento de Asuntos de los Veteranos? | | |
| d. ¿Algún veterano que falleció durante el tiempo que una discapacidad que existía (relacionada a su servicio), según evaluada por el Departamento de Asuntos de los Veteranos? | | |
| 4. ¿Tiene usted una discapacidad relacionada a su servicio, o un reclamo pendiente con el Departamento de Asuntos de Veteranos? | Sí | No |
| 5. ¿Se queda usted sin techo o espera que quedara sin techo? | Sí | No |
| 6. ¿Es usted un miembro del Servicio Militar recientemente separado quien, en cualquier momento durante los últimos 12 meses, ha quedado sin empleo durante 27 o más semanas consecutivas? | Sí | No |
| 7. ¿Es usted un delincuente que ha sido encarcelado anteriormente? | Sí | No |
| 8. ¿Tiene usted entre los 18 – 24 años? | Sí | No |
| 9. ¿Le falta a usted un diploma de la secundaria o GED? | Sí | No |
| 10. Durante los últimos 12 meses, por favor indique si sus ingresos son menos de la cantidad listada según el tamaño de su familia. | | |

Tamaño de la familia	Durante los últimos 12 meses, su ingreso fue menos de	Marque una:
1	\$12,880	Sí No
2	\$17,420	Sí No
3	\$21,960	Sí No
4	\$26,500	Sí No
5	\$31,040	Sí No
6	\$35,580	Sí No
7	\$40,120	Sí No
8	\$44,660	Sí No
>8	\$44,660 + \$4,540 per additional person	Sí No

Vea el reverso para leer la declaración de EOE/ADA

11. Solicita usted servicio o ayuda con (Marque todo lo que corresponda.):

Inscribirse con los servicios de empleo

Buscar recomendaciones para puestos vacantes

Necesita respuestas a preguntas

Asistencia e información acerca de volver a capacitar

Asistencia para el desarrollo laboral

Solicitar documentos militares

Solicitar Seguro por Desempleo

Buscar información acerca del mercado laboral

Asistencia con orientación profesional

Recomendaciones e información de refugio/vivienda

Solicitar asistencia comunitaria

Otro: _____