

INSCRIPCIÓN CON EL SERVICIO DE EMPLEO

Fecha de hoy: _____

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo (*Nombre, S.I., Apellido*): _____

Domicilio (*Núm., calle*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Seguro Social (*Últimos 4 dígitos*): _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Raza (*Opcional*), seleccione una o más:

Asiática Negra o afroamericano Hawaiana u otra indígena de la Polinesia

Indígena de los EE.UU. / Indígena de Alaska Blanca Otro: _____

Etnia (*Opcional*):

Hispana o latina No Hispana ni latina

¿Tiene usted una discapacidad? Sí No En caso afirmativo: Física Mental Ambos

¿Está solo/a, separado/a divorciado/a o enviudado/a con la responsabilidad principal de uno o más dependientes bajo la edad de los 18 años? Sí No En caso afirmativo, número de la familia: _____

INFORMACIÓN DE VETERANO (Guardia activa / Reserva)

¿Ha prestado servicio activo con las fuerzas armadas de los EE.UU.? Sí No

En caso afirmativo, llene Sección 1 de la agenda (*pág. 3*)

¿Es usted un cónyuge o viudo/a de un veterano? Sí No En caso afirmativo, llene Sección 2 de la agenda (*pág. 3*)

TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRATORIO O DE TEMPORADA

¿Cree usted que es un trabajador migratorio o temporal? Sí No

En caso afirmativo, llene Sección 3 del agenda (*pág. 3*)

ESTADO LABORAL

	Sí	No		Sí	No
¿Tiene usted empleo?			¿Es usted ciudadano de los EE.UU.?		
¿Fue despedido?			En caso negativo, ¿tiene usted autorización para trabajar en EE.UU.? y ¿Cuál es su número de certificación para extranjeros?		
¿Cuántas semanas ha estado desempleado?					
¿Es usted un trabajador interestatal?			Hombres de más de 18 años:		
¿Recibe usted beneficios de seguro por desempleo?			¿Está registrado con el Servicio Selectivo?		

INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA PÚBLICA

(Si usted ha solicitado o recibe cualquiera de los siguientes servicios - Marque todo lo que corresponda)

Ingreso Suplementario del Seguro (SSI)		Asistencia General	
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) Número de meses:		Asistencia Médica	
		Asistencia Nutricional (estampillas para comida)	
Seguro Social por Discapacidad		Subsidio por vivienda	

Nombre completo (*Nombre, S.I., Apellido*): _____ Núm. Seg. Soc. (*Últimos 4 dígitos*): _____

NECESIDADES Y BARRERAS (<i>Marque todo lo que corresponda</i>)			
Deficiencia de habilidades básicas de alfabetización		Toxicomanía	
Dominio limitado del idioma inglés Idioma principal:		Posibilidad o historial de trabajo pobre	
		Cuidado de Niños	
Abandonó la escuela		Transporte	
Huido de casa		Trabajador de la tercera edad	
Embarazada o responsable por criar a un joven		Veterano con barreras de empleo significantes	
¿Recibe su hijo(a) TANF?		Aislamiento cultural, social, o geográfico	
Delincuente		Otro:	

EDUCACIÓN

Asiste a la escuela actualmente: Sí No El grado escolar máximo completado: _____
 Secundaria: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Desde: _____ hasta: _____ Graduado: Sí No Licenciatura obtenida: _____
 Universidad: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Desde: _____ hasta: _____ Graduado: Sí No Licenciatura obtenida: _____
 Certificaciones: _____ Capacitación Vocacional: _____

EMPLEO ANTERIOR (*Experiencia laboral 1*)

Compañía: _____ Núm. de teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Supervisor: _____
 Puesto de trabajo: _____ Sueldo inicial: _____ Sueldo final: _____
 Responsabilidades: _____
 Desde: _____ hasta: _____ Razón por salir: _____

EMPLEO ANTERIOR (*Experiencia laboral 2*)

Compañía: _____ Núm. de teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Supervisor: _____
 Puesto de trabajo: _____ Sueldo inicial: _____ Sueldo final: _____
 Responsabilidades: _____
 Desde: _____ hasta: _____ Razón por salir: _____

Si se necesita más espacio para la experiencia laboral, por favor, utilice una hoja de papel separada.

Nombre completo (*Nombre, S.I., Apellido*): _____ Núm. Seg. Soc. (*Últimos 4 dígitos*): _____

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE VETERANO (Guardia activa/Reserva)

Seleccione su rama de las fuerzas armadas: Las Fuerza Aérea de los EE. UU. El Ejército de los EE. UU.
 La Guardia Costera de los EE. UU. La Infantería de Marina de los EE. UU. La Marina de los EE. UU.

Fecha inicial del servicio activo: _____

Fecha final del servicio activo - O - Fecha pronosticada - O - Fecha de jubilación: _____

¿Cuál fue la naturaleza de su baja? Honrosa Deshonrosa Otra: _____

	Sí	No
¿Se separará del servicio activo dentro de los próximos 12 meses?		
¿Va a jubilarse del servicio militar dentro de los próximos 24 meses?		
¿Actualmente participa en el Programa de Asistencia de Transición?		
¿Es usted una persona sin hogar?		
¿Tiene usted derecho a indemnización por una discapacidad incurrida durante el servicio militar activo?		
¿Fue usted dado de baja/despido del servicio militar activo debido a una discapacidad incurrida durante el servicio activo?		
¿Ha recibido una clasificación por una discapacidad incurrida durante el servicio activo que no tiene derecho a indemnización?		
¿Tiene usted derecho a indemnización por discapacidad incurrida durante el servicio activo y la discapacidad se clasifica 30% o más?		
¿Se ha evaluado su discapacidad a 30% al menos, y el Departamento de Asuntos de Veteranos lo ha clasificado a usted como un 'veterano discapacitado especial' porque la discapacidad incurrida durante el servicio activo se considera una barrera seria al empleo?		

SECCIÓN 2 – CÓNYUGE DE VETERANO

¿Es usted el/la cónyuge de cualquier miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo quien, al momento de esta inscripción, ha estado en alguna o más de las siguientes categorías por más de 90 días?

- Capturado en el cumplimiento del deber por una fuerza hostil
- Detenido o internado por la fuerza durante el cumplimiento de su deber por un gobierno o poder extranjero
- Desaparecido en acción
- No

	Sí	No
¿Es usted el/la cónyuge de alguna persona que murió en servicio activo o de una discapacidad relacionada con el servicio militar?		
¿Es usted el/la cónyuge de alguna persona que tiene una discapacidad total de carácter permanente como el resultado de una discapacidad relacionada con el servicio militar?		
¿Es usted el cónyuge de un veterano que murió mientras diagnosticado con una discapacidad total de carácter permanente que resulto de una discapacidad relacionada al servicio militar?		
¿Es usted el cónyuge de un miembro del servicio militar de las fuerzas armadas que recibe servicios de transición antes de la jubilación o baja del servicio militar?		

Nombre completo (*Nombre, S.I., Apellido*): _____ Núm. Seg. Soc. (*Últimos 4 dígitos*): _____

SECCIÓN 3 – TRABAJADOR AGROPECUARIO TEMPORAL MIGRATORIO

Ciertos tipos de trabajo agrario temporal puede ayudar a los trabajadores a cumplir con los requisitos para servicios adicionales. Temporal significa puestos de trabajo temporales los cuales tenían una necesidad de menos de un año de duración, con exclusión al fin de empleo.

Nota: El trabajo agrario se define como el haber trabajado en la agricultura de los cultivos de granos tales como: trigo, maíz, soya; cultivos de campo, tales como algodón, papa, alfalfa, heno, y betabel; cultivos de hortalizas tales como: jitomate, frijoles, brócoli, pepino, chícharos, lechuga, y repollo; o frutas y frutos secos tales como: uvas, bayas, pacana/ nueces, cítrico, manzanas, peras, duraznos y melones. Trabajar en un vivero con bulbos, flores, invernadero y plantas para trasplantar puede ser admisible. La ganadería de vaquerías, ganado, ovejas, pavos y pollos, cerdos, unidades de engorde, y criaderos de aves de corral puede ser elegible, al igual que la cosecha, tales como: arada, aplicación de abono, fumigación aérea, raleo cultivo, o descepar. La preparación de cultivo tales como, labrar, fumigación de granos, limpiar o moler también puede cumplir con los requisitos.

****Segar el césped, podar los árboles, y crecer el césped no serán admisibles como trabajo agrario.**

El procesamiento de alimentos por migrantes incluye el trabajo en fábricas de conservas o galpones de empaque, pero no incluye el trabajo en lugares como Frito-Lay, puestos de fruta, Quaker Oats, o negocios semejantes. Empleo en cualquier planta del procesamiento de alimentos debe de haber sido de temporada y migrante (*se le proporciona vivienda al trabajador, ya que no puede viajar diariamente a su residencia*).

	Sí	No
¿Trabajó usted al menos 25 días en cualquier trabajo agropecuario temporal durante el año pasado?		
¿Ganó por lo menos \$800 en cualquier trabajo agropecuario temporal durante el año pasado?		
¿Trabajó usted en una planta del procesamiento de alimentos de manera temporal y como migrante durante el año pasado?		
¿Era al menos el 50% de sus ingresos del último año ganados por trabajar en la agricultura?		
¿Fue al menos el 50% del tiempo total de empleo del año pasado en trabajo agropecuario?		
¿Trabajó usted para más de un empleador agropecuario?		