

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
 Workforce Administration (*Administración para la Fuerza Laboral*)  
 Workforce Innovation and Opportunity Act (*La Ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral*)

**DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE PARA EL TÍTULO IB DE LA WIOA**

**Declaración del solicitante** – Escriba una declaración en el reverso de esta página si no puede proporcionar la documentación para verificar categorías específicas (vea la lista en el reverso).

<b>Datos del solicitante</b>			
NOMBRE DEL SOLICITANTE	ID DE PARTICIPANTE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DEL GERENTE DE CASO

**Todos los programas del Título IB de la WIOA (de adultos, trabajador desplazado, y jóvenes)** – Llene esta sección para todas las personas que ingresan al programa de Adultos, Jóvenes, o Trabajador Desplazado de la WIOA y que por sí mismos dan fe al elemento aprobado a continuación:

**Persona sin hogar o joven que se escapó de casa**

Soy una persona sin hogar o un joven que se escapó de casa

**Programas de adultos y jóvenes de la WIOA** – Llene esta sección para todas las personas que ingresan a los programas de Adultos o Jóvenes de la WIOA y que por sí mismos dan fe al elemento aprobado a continuación:

**Tamaño de la familia** – Llene esta sección para determinar el tamaño de la familia para las personas que ingresan en los programas de Adultos o Jóvenes de la WIOA y que por sí mismos dan fe al tamaño de la familia.

Número en la familia	Nombres de los miembros de familia	Parentesco

**Jóvenes** – Llene esta sección para los jóvenes que ingresan al programa de Jóvenes de la WIOA y que por sí mismo reconocen el (los) elemento(s) aprobado(s) de a continuación:

**Delincuente juvenil**

Soy un delincuente juvenil                      Encarcelado:  Sí    No                      Condena condicional:  Sí    No

**Jóvenes que necesitan ayuda**

Soy un joven que necesita ayuda adicional para terminar un programa educacional.  
 Soy un joven que requiere ayuda para asegurar y mantener un trabajo.

**La situación de educación al momento de participar**

En la escuela – Preparatoria o menos       En la escuela – Escuela alternativa       En la escuela – Educación superior  
 No asiste a la escuela – Abandonó       No asiste a la escuela – Graduado de la preparatoria o recibió un diploma de equivalencia de la preparatoria

**Jóvenes embarazadas o que crían a un niño**

Soy una joven embarazada o que cría a un niño

**Crianza temporal**

Estoy en crianza temporal

**Trabajador desplazado o Ama de casa desplazada** – Llene esta sección para los adultos que ingresan al programa de Trabajador Desplazado de la WIOA y que por sí mismos dan fe a los elementos aprobados a continuación.

<input type="checkbox"/> Rescindido o despedido	<input type="checkbox"/> Cierre de la planta o despido sustancial	FECHA DEL DESPLAZAMIENTO
<input type="checkbox"/> Trabajaba de manera autónoma	<input type="checkbox"/> Ama de casa desplazada	

**Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que tal información está sujeta a verificación y, además, entiendo que el hecho de dar información falsificada o fraudulenta puede resultar en el rechazo de este documento, la subsiguiente terminación del programa de la WIOA y/o acción judicial en mi contra.**

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
FIRMA DEL PADRE/TUTOR/ADULTO RESPONSABLE/TESTIGO QUE CORROBORA ( <i>Requerida si el solicitante es menor de 18 años</i> ) <i>Entiendo que mi firma otorga permiso para que los jóvenes indicados anteriormente participen en el programa de Jóvenes de la WIOA.</i>	FECHA
FIRMA DEL GERENTE DE CASO	FECHA

## Instrucciones para llenar la Declaración del Solicitante de la WIOA

La Declaración del Solicitante de la WIOA puede aceptarse como verificación cuando no se dispone de ningún otro tipo de verificación para:

- Un joven quien necesita ayuda adicional
- La situación de la educación al momento de la registración
- Un joven sin hogar o que se escapó de su hogar
- Una joven embarazada o que cría a un niño
- Un joven en crianza temporal
- Una ama de casa desplazada
- Fecha del desplazamiento
- Dirección
- Un Trabajador Desplazado (DW por sus siglas en inglés) quien ha estado empleado durante un tiempo suficiente para demostrar un vínculo a la fuerza laboral pero no tienen elegibilidad para recibir seguro por desempleo debido a ganancias insuficientes o que ha desempeñado servicios para un empleador no cubierto bajo la ley de compensación por desempleo del estado.

La Declaración del Solicitante de la WIOA puede aceptarse como verificación en casos limitados y puede requerir documentación adicional para:

- **Delincuente**  
En casos limitados, la Declaración del Solicitante puede aceptarse como verificación si no se dispone de ningún otro tipo de verificación.
- **Tamaño de la familia**  
La Declaración del Solicitante puede aceptarse como verificación de que una persona vive de manera independiente, o en un hogar con una o más personas adicionales.
- **Sin empleo o falta de ingresos**  
La Declaración del Solicitante puede aceptarse como verificación cuando una persona dice haber sido empleada durante el plazo de seis meses antes de tener elegibilidad. La Declaración del Solicitante tiene que indicar los medios de apoyo para el plazo de seis meses anterior.
- **Situación individual o económicamente independiente**  
La Declaración del Solicitante puede aceptarse cuando una persona alega que: (a) él o ella vive de manera independiente y no depende de los ingresos de otra persona; o (b) la persona, aunque vive con otros, no depende de los ingresos de los otros residentes en el hogar. En cualquier caso, la persona tiene que producir documentación que indica su fuente de apoyo.

**Declaración del solicitante** – este es un documento de auto-certificación y se utilizará como una alternativa sólo cuando no se puede proporcionar ninguna otra documentación.

---

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición. Esto significa por ejemplo que, si es necesario el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas, o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.