

**CORAZÓN DEL ÁREA DE DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL DE GEORGIA ALTAMAHA  
JOB TRAINING UNLIMITED, INC.**

**PRE-SOLICITUD DE CAPACITACIÓN DE LA LEY DE INNOVACIÓN Y OPORTUNIDAD DE LA FUERZA LABORAL (WIOA)**

<b>OFICINA USAR SOLAMENTE</b>	<b>USER ID:</b> _____ <b>PROGRAM OF INTEREST:</b> <input type="checkbox"/> YOUTH <input type="checkbox"/> ITA <input type="checkbox"/> OJT <input type="checkbox"/> ONE STOP ONLY
	<b>RECEIVED DATE:</b> ____/____/____ <b>TIME:</b> _____ <b>WIOA STAFF:</b> _____

**Información del solicitante**

<b>Nombre completo del solicitante:</b> _____		<b>Número de Seguro Social:</b> _____		<b>Condado:</b> _____
<b>Dirección de la calle residencial:</b> _____		<b>Ciudad:</b> _____	<b>Estado:</b> _____	<b>Cremallera:</b> _____
<b>Dirección postal:</b> (si es diferente de la anterior) _____		<b>Ciudad:</b> _____	<b>Estado:</b> _____	<b>Cremallera:</b> _____
<b>Teléfono de casa:</b> _____	<b>Teléfono celular:</b> _____	<b>Correo electrónico principal:</b> _____		
<b>Otro teléfono:</b> _____	<b>Método de contacto preferido:</b> <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje interno (GWR) <input type="checkbox"/> Día de llamada: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Th <input type="checkbox"/> F <b>Hora:</b> ____AM ____PM			
<b>¿Tienes una cuenta de redes sociales? (Facebook, Instagram, Twitter, etc.)</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
<b>Nombre del sitio:</b> _____				

**Información de contacto alternativa**

**La persona cuyo nombre aparece a continuación NO vive conmigo, pero siempre puede contactarme.**

<b>Nombre de contacto:</b> _____		<b>Relación:</b> _____		
<b>Dirección:</b> _____		<b>Ciudad:</b> _____	<b>Estado:</b> _____	<b>Cremallera:</b> _____
<b>Teléfono de casa:</b> _____	<b>Teléfono celular:</b> _____	<b>Correo electrónico principal:</b> _____		

**Información demográfica del solicitante**

<b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____	<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Herencia Hispana
<b>Edad:</b> _____	<input type="checkbox"/> Indios americanos/nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico
<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Asian Americana/Asiática <input type="checkbox"/> Caucasian/Blanco
	Otra cosa: _____ <input type="checkbox"/> I no desea responder

**Ciudadanía:**  Ciudadano estadounidense o naturalizado  Alien/Refugiado admitido legalmente  
 U.S. Residente Permanente  Número de registro de extranjero: \_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**¿Está registrado en el Servicio Selectivo:** (SOLO hombres, nacidos el 1/1/1960 o DESPUÉS)  Sí  No  Not aplicable

**¿Está embarazada / crianza?**  Sí  No **¿Considera que tiene una discapacidad?**  Sí  No

**¿No tienes hogar?**  Sí  No **¿Lees y hablas inglés?**  Sí  No

**¿Eres un fugitivo?**  Sí  No **Idioma principal si no es inglés:** \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha sido condenado por un delito penal?**  Sí  No

**Historial de educación del solicitante**

**Credencial más alta obtenida:**  None  HSD / GED  Certificate / Credencial  Bachelor Grado  Associate grado

**Grado más alto completado:**  8°  9°  10°  11°  12°  Some Colegio  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Estás actualmente en la escuela?**  Sí  N

**\*Si asiste a la universidad / escuela técnica:**  High Escuela  GED/Educación de Adultos  College/Escuela Técnica\*

**Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_ **Programa de estudio:** \_\_\_\_\_

**Situación laboral del solicitante**

**Situación laboral:**  Full tiempo  Part tiempo  Not empleado  Never trabajado **Última fecha de empleo:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CORAZÓN DEL ÁREA DE DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL DE GEORGIA ALTAMAHA  
JOB TRAINING UNLIMITED, INC.**

**PRE-SOLICITUD DE CAPACITACIÓN DE LA LEY DE INNOVACIÓN Y OPORTUNIDAD DE LA FUERZA LABORAL (WIOA)**

**Historial de empleo del solicitante**

**Tipo de negocio en el que**  Negocios privados  Gobierno local  State Gobierno  Gobierno Federal

**trabajó:**  Educación (K-12)  Educación superior sin fines de lucro **Otros:** \_\_\_\_\_

**¿Estás buscando trabajo?**  Sí  No **Título de trabajo deseado:** \_\_\_\_\_

**¿Ha trabajado en una granja o como procesador de alimentos migrante/migrante al menos 25 días en los últimos 12 meses?**  Sí  No

**¿Ha sido despedido O no puede encontrar trabajo debido a la pandemia de COVID-19 ? \***  Sí  No

\*Si se separa del empleo debido a COVID-19, complete la sección de Terminación / Despido.

**Terminación/Despido del solicitante**

**¿Está recibiendo Seguro de Desempleo?**  Si  Si, beneficios agotados  No, ni reclamante ni agotado

**En los últimos 12 meses, ¿ha recibido un aviso de despido o despido de su trabajo? \***  Sí  No

**En los últimos 12 meses, ¿ha recibido documentación de que se está separando del servicio militar? \***  Sí  No

\*Si es despedido, despedido, recibió notificación de terminación o despido, o separación militar, ingrese la última fecha de empleo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Información de Asistencia Pública**

**¿Ha recibido apoyo a través del Sistema de Cuidado de Crianza del Estado?** (Los pagos estatales o locales se realizan para el solicitante)  Sí  No

**¿Ha recibido pagos de asistencia en efectivo para refugiados (RCA)?**  Sí  No

**¿O alguien en su hogar recibe actualmente, o en los últimos 6 meses ha recibido alguno de los siguientes?**

**Pagos de asistencia social en efectivo (TANF):**  Sí, solicitante  Si, miembro de la familia  None

**Cupones de alimentos (SNAP):**  Sí, solicitante  Si, miembro de la familia  None

**Asistencia General (GA) (Medicaid, PeachCare, Amerigroup, etc.) :**  Sí, solicitante  Si, miembro de la familia  None

**Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI):**  Sí, solicitante  Si, miembro de la familia  None

**Seguro de Seguridad por Discapacidad Suplementario (SSDI):**  Sí, solicitante  Si, miembro de la familia  None

**Tamaño de la familia solicitante**

**Tamaño de la familia\*:** \_\_\_\_\_ **Ingreso familiar: \$** \_\_\_\_\_ **Especificar:**  Semanalmente  Mensual  Anualmente

\*Incluye SOLAMENTE: Tutores, Padres, Cónyuge, Hermanos, Hijos o Dependientes, que residen CON el Solicitante

**Información para veteranos**

Sí  No **¿Está actualmente en el ejército, es veterano o cónyuge de un veterano?**

Sí  No **¿Está dentro de los 24 meses de jubilación O 12 meses de baja de las fuerzas armadas?** Fecha prevista de jubilación/alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sí  No **¿Ha servido en servicio activo en las fuerzas armadas y ha sido dado de baja o liberado del servicio en condiciones que no sean deshonrosas?**

Sí  No **¿Es usted un miembro de las fuerzas armadas que está herido, enfermo o herido y recibiendo tratamiento en una instalación militar o unidad de transición de guerreros?**

Sí  No **¿Es usted un cuidador que es cónyuge o familiar de un miembro de las fuerzas armadas que está herido, enfermo o lesionado y que recibe tratamiento en un  
¿Instalación militar o unidad de transición de guerreros?**

Sí  No **¿Es usted el cónyuge de un veterano que: murió de una discapacidad relacionada con el servicio; tiene una discapacidad total relacionada con el servicio; está desaparecido en acción, capturado en el cumplimiento del deber por una fuerza hostil, o es un prisionero de guerra?**

**WIOA Release of Information Consent Certification and Acknowledgement** (Por favor, lea e inicie CADA versión)

**Divulgación de información para ELEGIBILIDAD:** Autorizo la divulgación de mi información al administrador de casos según sea necesario para determinar mi elegibilidad para la Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral (WIOA) Servicios para adultos, dislocados y/o jóvenes. Además, autorizo la divulgación de información por parte del personal necesaria para asegurar servicios relacionados y asistencia en mi nombre y compartir información con otros programas de los cuales recibo o he recibido servicios como Rehabilitación Vocacional, División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) y Departamento de Trabajo. Esta autorización para recopilar información sobre mí y compartir información personal necesaria y pertinente sobre mí se otorga con el entendimiento de que la información se utilizará de manera confidencial y responsable.

**Divulgación de información para INSTITUCIÓN EDUCATIVA:** Autorizo la divulgación de mis registros educativos actuales, pasados y futuros de escuelas secundarias, colegios, universidades y escuelas de capacitación al administrador de casos. Dichos registros incluyen mi inscripción actual / pasada, transcripciones, registros de asistencia, información de graduación / finalización y diploma / certificación / credencial obtenida. Entiendo que bajo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974 (FERPA), que es una ley federal que protege la privacidad de los registros educativos de los estudiantes, el Administrador de Casos debe tener mi consentimiento por escrito para obtener mis registros educativos. Certifico que este formulario de autorización de liberación puede enviarse como fax, correo electrónico o una fotocopia presentada en persona con la identificación apropiada del personal de la agencia mencionada al titular del registro.

**Divulgación de información para EMPLEO:** Autorizo la divulgación de mi información de empleo actual, pasada y futura al administrador de casos. Dichos registros incluyen información relacionada con mi título de trabajo, fecha de inicio / finalización, salarios por hora y horas trabajadas por semana.

**Reconocimiento:** También estoy de acuerdo en que la información falsificada u omisiones significativas pueden descalificarme de una mayor consideración para las actividades del programa WIOA y pueden considerarse justificación para el despido si se descubre más adelante. Reconozco que mi información de identificación personal (PII) se utilizará solo para fines de subvención. Mi autorización para la divulgación de información a Y/O de las agencias/organizaciones mencionadas anteriormente es válida hasta un año después del cierre del caso del programa.

**LOS SOLICITANTES SON RESPONSABLES DE ASEGURARSE DE QUE TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA SE ADJUNTE A SU SOLICITUD O SE ENVÍE A LA AGENCIA DE SUBVENCIONES ANTES DE LA FECHA LÍMITE SOLICITADA. LA DOCUMENTACIÓN FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA RETRASARÁ EL PROCESO DE SU SOLICITUD.**

\_\_\_\_\_  
**Imprimir nombre del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Imprimir el nombre del padre/tutor**

(Si el solicitante es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor**

(Si el solicitante es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**