



**INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS PREGUNTAS MARCADAS CON ASTERISCO (\*)

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

\*Nombre completo \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ \*Número de la seguridad social \_\_\_\_\_

\*Género  M  F  Prefiero no contestar \*Registrado el Servicio Selectivo  Sí  No

\*# de teléfono principal \_\_\_\_\_ \*Este # es  Móvil  Casa  Trabajo  Otro \_\_\_\_\_

\*Dirección \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

\*Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

\*Correo Electrónico \_\_\_\_\_

\*Recibe correo en esa dirección?  Sí  No Si no, escriba otra \_\_\_\_\_

Nombre de contacto alternativo \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre de contacto alternativo \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**CIUDADANÍA & ORIGEN ETHNICO**

\*Estado de ciudadanía:  Ciudadano de EU  Residente Permanente  Extranjero o Refugiado

Número de Extranjero/Registro USCIS y Fecha de expiración \_\_\_\_\_

Autorizado para trabajar en los EU?  Sí  No

\*Raza - por favor seleccione todas las que apliquen

- Afro-americano  Hawaiano u otro Isleño del Pacífico
- Indio-americano  Blanco
- Asiático  Deseo no contestar

\*Origen hispano o latino?  Sí  No \*Origen haitiano?  Sí  No

**EDUCACIÓN**

\*Grado de secundaria completado? \_\_\_\_\_

\*Recibió un diploma de secundaria o equivalente?  Secundaria  GED/HISET  Sin completar

\*Ha completado educación superior?  
 AA  Licenciatura  Maestría  Otro: \_\_\_\_\_

\*Actualmente esta asistiendo a la escuela?  Sí  No  
Si sí, qué tipo:  
 Secundaria  Escuela alternativa o Educación Adulta  Universidad  Vocacional  Técnica

## INFORMACIÓN DE EMPLEO

\*Estatus de empleo:

- Tiempo completo     Tiempo parcial     Recibió notificación de fin de contrato fecha de despido: \_\_\_\_\_  
 Sin Empleo     Nunca antes empleado, pero buscando

\*Tipo de Empleo:     Privado     Gobierno Local     Gobierno Estatal     Otro \_\_\_\_\_

\*Está empleado en un programa de aprendizaje registrado     Sí     No

\*Estatus de Compensación de Desempleo:     Demandante     Agotado     No Aplicable

*Tenga en cuenta: Información del Seguro de Desempleo será verificada usando datos compartidos con la División de Seguridad de Empleo para propósitos de elegibilidad.*

## CREADOR DE CURRICULO

Cual es su trabajo/título deseado: \_\_\_\_\_

Empleo actual (o más reciente)

\*Empleador: \_\_\_\_\_ \* Título laboral: \_\_\_\_\_

\*Pago per Hora \$ \_\_\_\_\_ \*Fechas de Empleo \_\_\_\_\_

\*Si ya no trabaja en esta compañía, cuál es la razón por la separación:

- Mejor Trabajo     Despedido     Otro \_\_\_\_\_

\*Breve descripción de trabajo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor ponga una ✓ al lado de **una a tres** áreas en la liste que mejor describan su capacitación o experiencia:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado de Salud       | <input type="checkbox"/> Ventas               | <input type="checkbox"/> Educacion/Entrenamiento |
| <input type="checkbox"/> Restaurant             | <input type="checkbox"/> Manufactura          | <input type="checkbox"/> Servicio al Cliente     |
| <input type="checkbox"/> Recursos Humanos       | <input type="checkbox"/> Negocios/Supervision | <input type="checkbox"/> Construcción            |
| <input type="checkbox"/> Administración/Oficina | <input type="checkbox"/> Servicio de Limpieza | <input type="checkbox"/> Bodega                  |
| <input type="checkbox"/> Transporte             | <input type="checkbox"/> Tecnologia Internet  | <input type="checkbox"/> Hospitalidad            |
| <input type="checkbox"/> Ventas en Tienda       | <input type="checkbox"/> Otro _____           |  |

\*Tipo de turno que desea o que aceptaría:     Día     Tarde     Noche     Rotante     Dividido

\*Días disponibles:     Domingo     Lunes     Martes     Miercoles     Jueves     Viernes     Sabado

\*Dispuesto a viajar:     Sí     No    Porcentaje de tiempo dispuesto a viajar \_\_\_\_\_ %

\*Dispuesto a reubicarse:     Sí     No    Acceso a vehículo     Sí     No

\*¿Confías en el transporte público?:     Sí     No

Licencia de Manejo:     Clase A CDL     Clase B CDL     Clase C CDL     Operador (F)     Clase E

\*Qué estado emitió la licencia de manejo: \_\_\_\_\_

\*Nombre de escuela/institución asistida: \_\_\_\_\_

\*Plan de Estudio \_\_\_\_\_

\*Estado: \_\_\_\_\_

\*Licenciatura o certificado recibido: \_\_\_\_\_

Las Respuestas proporcionadas a continuación se manejan y mantienen de manera confidencial y se utilizan para ayudar a brindarle acceso a todos los servicios disponibles según la elegibilidad preliminar.

## INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA PÚBLICA

*Usted o algún miembro de su familia ha recibido los siguientes servicios en los últimos 6 meses?	Recibido en los últimos 6 meses? (Sí/No)	Indique si <b>Mío</b> o <b>Familiar</b>
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)		
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		
Asistencia General (GA)		
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (mejor conocido como Estampillas)		
Asistencia Monetaria para Refugiados		
Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)		
Apoyo por medio del Sistema de Cuidado del Estado		<b>MIO SOLAMENTE</b>
Recibe almuerzos gratis o reducidos		<b>MIO SOLAMENTE</b>
Recibiendo servicios por medio de SkillUp		<b>MIO SOLAMENTE</b>
Poseedor de Boleto para Trabajar dado por Administración del Seguro Social (SSA)		<b>MIO SOLAMENTE</b>

Tenga en cuenta: se requiere verificación de asistencia pública. Si no puede proporcionar documentación que respalde el recibimiento de asistencia pública por favor marque **NO**.

Tamaño de familia: \_\_\_\_\_ Total de Ingresos Anuales del Hogar \_\_\_\_\_

## OBSTACULOS ACTUALES

\* ¿Le aplica alguno de estos obstáculos?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Madre/Padre soltero | <input type="checkbox"/> Aprendiendo inglés                | <input type="checkbox"/> Persona Destituida                   |
| <input type="checkbox"/> Bajo Ingreso        | <input type="checkbox"/> Barreras Culturales               | <input type="checkbox"/> A 2 años de agotar elegibilidad TANF |
| <input type="checkbox"/> Sin Hogar           | <input type="checkbox"/> Dificultad al Leer                | <input type="checkbox"/> Ninguno aplica                       |
| <input type="checkbox"/> Joven Escapado      | <input type="checkbox"/> Actualmente en Cuidado del Estado |   |
| <input type="checkbox"/> Ex-delincuente      | <input type="checkbox"/> Salió del Cuidado del Estado      |   |

## ACTUALES

\* ¿Tiene alguna discapacidad?  Sí  No  No deseo responder

Si **SÍ**, por favor responda las siguientes tres preguntas.

1. Es poseedor de un boleto en el programa de trabajo de la Administración del Seguro Social?  Sí  No
2. Está usted recibiendo o alguna vez recibió servicios mediante Rehabilitación Vocacional?  Sí  No
3. Es sordo o tiene dificultad para escuchar?  Sí  No

## INFORMACIÓN DE TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRANTE TEMPORAL

\* ¿Ha trabajado como trabajador agrícola en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si **SÍ**, en los últimos 12 meses:

1. ¿Ha estado empleado por temporada o temporalmente?  Sí  No
2. ¿Ha realizado al menos 25 días de trabajo como un trabajador agrícola o procesador de comida?  Sí  No
3. ¿Al menos 50% de los ingresos ganados son de agricultura?  Sí  No
4. ¿Estuvo empleado todo el año en agricultura o procesador de comida por el mismo empleador/granja?  Sí  No
5. ¿Ha viajado para hacer trabajo agrícola o procesamiento de comida y no le fue posible regresar a su residencia permanente durante el mismo día?  Sí  No
6. Es usted estudiante a tiempo completo?  Sí  No
  - a. Viaja con  Familia  Grupo organizado  Ninguno aplica
7. Qué tipo de trabajo agrícola hizo? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE VETERANO/MILITAR

Los veteranos y sus cónyuges pueden tener derecho a beneficios estatales y federales.

Por favor, conteste las siguientes preguntas.

¿Usted o un familiar directo ha servido en las Fuerzas Armadas de los EU?  Sí  No

Si **SÍ**, ¿le gustaría información sobre los servicios para veteranos en Missouri?  Sí  No

### SI TIENE UNA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN MILITAR O LICENCIA DE CONDUCIR DE MO CON EL IDENTIFICADOR DE VETERANO, POR FAVOR PROPORCIONAR A PERSONAL PARA HACER UNA COPIA PARA SU EXPEDIENTE

1. Está usted actualmente en el ejército, es veterano o es cónyuge de un veterano?

En el ejército  Veterano  Conyugue de un veterano

2. Es usted un familiar o cuidador de un miembro de las fuerzas armadas que está herido, enfermo o lesionado y recibe tratamiento en una instalación militar o unidad de transición?  Sí  No

3. Es usted un miembro de las fuerzas armadas que está herido, enfermo, o lesionado y recibe tratamiento en una instalación militar o unidad de transición?  Sí  No

4. Es usted el cónyuge/dependiente o alguien en el servicio militar activo, la Guardia Nacional o la Reserva que está actualmente activado?  Sí  No

5. Es usted miembro actual de la Guardia Nacional de Missouri?  Sí  No Tipo: \_\_\_\_\_

6. Es usted un miembro del servicio en transición?  Sí  No Si sí, por favor responda lo siguiente:

a. A 24 meses de la jubilación  Sí  No

b. A 12 meses de ser dado de baja  Sí  No

c. Planificó su Retiro/Dado de Baja  Sí  No Fecha dado de baja: \_\_\_\_\_

d. Asistió a un taller del Programa de Asistencia para la Transición (TAP)?  Sí  No

Recibió un DD-2958?  Sí  No

e. Siendo separado involuntariamente del servicio activo por reducción de personal?  Sí  No

7. Ha servido en servicio activo en las fuerzas armadas y fue dado de baja o liberado de dicho servicio bajo condiciones distintas a las deshonrosas?  Sí  No

8. Es usted cónyuge de un veterano que tiene una discapacidad relacionada totalmente con el servicio, está desaparecido en acción, capturado en la línea del deber por una fuerza hostil, es un prisioner de guerra o que murió por una discapacidad relacionada con el?  Sí  No

### SI SÍ A ALGUNA DE LAS ANTERIORES, POR FAVOR PROVEE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

9. ¿Cumplió más de 1 período de servicio?  Sí  No

10. Fechas de inicio/finalización del servicio militar: \_\_\_\_\_

11. ¿Recibió una insignia de campaña militar?  Sí  No

12. Carácter de servicio más reciente:  Honorable  Otro \_\_\_\_\_

13. Rama de fuerzas armadas: \_\_\_\_\_

14. Activo en la Guardia Nacional o reservas militares:  Sí  No Llamado o activo  Sí  No

Tipo: \_\_\_\_\_

15. ¿Es usted un veterano discapacitado?  Sí  No Porcentaje \_\_\_\_\_ %

16. Veterano sin Hogar:  Sí  No

17. ¿Está usted actualmente encarcelado o ha sido puesto en libertad?  Sí  No  No deseo contestar

18. En los últimos 12 meses, ¿ha estado sin sueldo durante 27 semanas?  Sí  No  No deseo contestar

19. ¿Asistió a un taller del Programa de Asistencia para la Transición en los últimos tres años?  Sí  No

**RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA:** Esta información se utilizará para completar la inscripción al programa Wagner-Peyser, que la otorga acceso para recibir servicios y asistencia individualizada en la búsqueda de empleo con la ayuda de un profesional de la oficina de fuerza laboral. Al firmar este formulario, usted reconoce y acepta la inscripción en este programa.

Certifico que la información en este formulario de solicitud es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que mi declaración errónea de los datos puede causar la pérdida de mis derechos y servicios en el Programa Wagner-Peyser (WP) y en el centro de trabajo de Missouri y puede resultar en acciones penales.

---

\*Firma del Solicitante

Fecha

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Se requiere documentación para las siguientes características. Si no se obtuvo la documentación física o no puede ser verificada mediante comparaciones cruzadas dentro de agencias estatales u otra documentación permitida, entonces la característica no puede ser reportada. Note en el archivo cualquier diferencia dentro del sistema de gestión de casos.

- Estatus Veterano
- Estatus de Seguro de Desempleo
- Status de TANF
- Agotando TANF entre 2 años
- Destinario SSDI
- Destinario SSI
- Deficiente en habilidades básicas

### PARA COMPLETEAR LA INSCRIPCIÓN:

- La inscripción debe realizarse dentro de los 15 días siguientes a la fecha de la aplicación.
- Use fechas correctas al llenar las fechas en la aplicación y fechas de contacto en las notas de archivo.
- Se requiere un currículum en el expediente del participante, basado en la información proveída en la forma.
- Establezca inscripción WP al registrar el código de actividad 115-Asistencia con currículum.
- Ingresar una nota inicial en el expediente para inscripción en WP de acuerdo a la póliza.
- Subir la forma solicitud de registro al expediente del individuo.

Para información adicional sobre los servicios de la oficina de Desarrollo de la Fuerza Laboral del estado de Missouri, contacte a un centro de trabajo cercano a usted. Locaciones e información adicional está disponible en [Jobs.mo.gov](http://Jobs.mo.gov) o 1-888-728-JOBS (5627). El Departamento de Educación Superior y Desarrollo Laboral es un empleador/programa de oportunidad igualitaria. Servicios y asistencia auxiliar está disponible para personas con discapacidades. Missouri Relay Services al 711.