



Formulario de registro para clientes del Centro Vocacional

Los elementos obligatorios se indican con un asterisco * y negrita. Escriba claramente con letra de molde. Debemos reunir información personal adicional de los clientes para cumplir con los requisitos federales de información de los programas financiados por la Ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral (WIOA). La información es solo para fines de la WIOA. Los Centros Vocacionales del estado de Nueva York siguen pautas federales para el manejo y la protección de información que contiene identificación personal. **Los servicios y asistencia auxiliares para las personas con discapacidades están disponibles bajo solicitud.**

¿Cuál es su idioma preferido? _____ Si no es el inglés, ¿necesita un intérprete? Sí No
Marque aquí para indicar que ha tomado conocimiento de las disposiciones del aviso de "La igualdad de oportunidades es la ley".

1. Datos del cliente

Número de Seguro Social ____ - ____ - _____ O N.º de ID de NY _____

*Apellido _____ *Nombre _____ Inicial segundo nombre _____

*Fecha de nacimiento ____/____/____

Número de licencia de conducir del estado de Nueva York o número de identificación de licencia de no conductor del estado de Nueva York: _____

U otra verificación de la fecha de nacimiento con un documento aceptable: _____ (Consulte al personal)

Sexo: Masculino Femenino

usted un hombre nacido después del 31 de Diciembre de 1959, ¿está inscrito en el Servicio Selectivo del Ejército de los EE. UU.?

Sí No

*Dirección _____ N.º de apartamento _____

*Ciudad _____ *Estado _____ *Código postal (no se requiere +4) _____

Dirección postal (si es diferente de la dirección anterior): _____

Condado _____

Teléfono residencial: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Cómo prefiere que se lo contacte? Correo electrónico Teléfono celular Correo (postal) Teléfono residencial

¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No En caso negativo, ¿está autorizado para trabajar en los EE. UU.? Sí No

En caso afirmativo, número de registro (residencia): _____

2. Grupo étnico/raza

Tenga en cuenta: Las preguntas de grupo étnico y raza son voluntarias. La información es confidencial y solo se utilizará para llevar registros y para requisitos de acción afirmativa. No se lo penalizará si no desea responder.

Grupo étnico: Hispano o latino No hispano ni latino

Raza: (Marque todas las opciones que correspondan) Blanco Negro o afroamericano
 Indígena americano o nativo de Alaska Asiático
 Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico

3. Educación

*Educación (marque con un círculo el nivel más alto completado) Grado: Ninguno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Diploma de escuela secundaria Equivalencia de escuela secundaria Sin diploma

Diploma de IEP/Discapacitado con certificación de asistencia/finalización

Tenga en cuenta: La información de Diploma de IEP/Discapacitado con certificación es voluntaria. No se lo penalizará por no informar la opción Diploma de IEP/Discapacitado con certificación de asistencia/finalización.

Universidad: 1 año 2 años 3 años Más de 4 años En caso de universidad, marque todas las opciones que correspondan:

Algunos cursos universitarios Título/certificado vocacional Título universitario de dos años
 Licenciatura Maestría Doctorado

*¿Asiste a una escuela secundaria, posterior a la secundaria, vocacional, técnica o académica a tiempo completo? Sí No

Si está entre trimestres, ¿tiene la intención de volver a la escuela? Sí No

4. Empleo

*¿Está empleado actualmente? Sí No En caso negativo, ¿cuántas semanas ha estado sin trabajo? _____
En caso afirmativo, está empleado A tiempo completo A tiempo parcial ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____

¿Ha solicitado beneficios del seguro de desempleo? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo los solicitó? _____
¿Está reclamando actualmente beneficios del seguro de desempleo? Sí No

5. Servicio militar

Tenga en cuenta: Los veteranos y los "cónyuges elegibles" reciben servicio prioritario.

*¿Sirvió en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué rama del ejército de los EE. UU.? _____ Fechas del servicio activo: ____ / ____ / ____
hasta ____ / ____ / ____

*¿Es usted cónyuge elegible de un veterano? Sí No

6. Preferencias de empleo

Marque sus preferencias laborales Semana laboral: Duración: (duración del empleo)
 Tiempo completo (30 horas por semana o más) Normal (más de 150 días)
 Tiempo parcial (menos de 30 horas por semana) Temporario (3 días o menos)
 Cualquiera Normal o temporario (4-150 días)

Salario mínimo aceptable requerido: \$ _____ . ____ por Hora Día Semana Mes Año Otro

Fecha en la que está disponible para trabajar: ____ / ____ / ____

¿Qué turno(s) está dispuesto a trabajar? Marque todas las opciones que correspondan.

Primer (turno que comienza en la mañana) Segundo (turno que comienza en la tarde/primer hora de la noche)

Tercer (turno que comienza a la noche) Dividido Rotativo Cualquiera

*¿Es usted un trabajador agrícola inmigrante o de temporada? (para conocer las definiciones consulte al personal o el Cuestionario complementario) Sí No

7. Lugares de trabajo aceptables

*Estoy dispuesto a trabajar en el siguiente código postal, condado o estado

10 25 50 100 millas del código postal ____ ____ ____ ____ Condado _____ Estado _____

(marque con un círculo la cantidad de millas y escriba el código postal)

Tenga en cuenta: Si está recibiendo un seguro por desempleo, se le puede solicitar que viaje una hora en transporte privado o una hora y media en transporte público.

8. Objetivo del empleo

*Objetivo del empleo/Tipo de trabajo que busca: Cargo _____
Cargo _____

*Indique la(s) ocupación(es)/trabajo(s) más reciente(s)	<u>Cargo</u>	<u>Experiencia en este trabajo</u>	
_____	_____	Años _____	Meses _____
_____	_____	Años _____	Meses _____

9. Antecedentes laborales

Si tiene experiencia laboral, incluya tanta información detallada en esta sección como sea posible para mejorar nuestras posibilidades de que lo ayudemos a encontrar trabajo. Ingrese el empleo más reciente primero. Complete todos los puntos obligatorios para cada empleador.

*Cargo _____ *Empleador _____

*Dirección _____

* Ciudad _____ *Estado _____ *País (si no es EE. UU.) _____

*Fecha de inicio (mes/año) _____ / _____

* Fecha de finalización (mes/año) _____ / _____

Antecedentes laborales, continuación

Supervisor _____ Número de teléfono (_____) _____ - _____

*Salario \$ _____ por hora/día/semana/mes/año/otro *Motivo de salida _____

*Tareas laborales _____

*Cargo _____ *Empleador _____

*Dirección _____

* Ciudad _____ *Estado _____ *País (si no es EE. UU.) _____

*Fecha de inicio (mes/año) _____ / _____ * Fecha de finalización (mes/año) _____ / _____

Supervisor _____ Número de teléfono (_____) _____ - _____

*Salario \$ _____ por hora/día/semana/mes/año/otro *Motivo de salida _____

*Tareas laborales _____

*Cargo _____ *Empleador _____

*Dirección _____

* Ciudad _____ *Estado _____ *País (si no es EE. UU.) _____

*Fecha de inicio (mes/año) _____ / _____ * Fecha de finalización (mes/año) _____ / _____

Supervisor _____ Número de teléfono (_____) _____ - _____

*Salario \$ _____ por hora/día/semana/mes/año/otro *Motivo de salida _____

*Tareas laborales _____

10. Asistncia para Ajuste Comercial (TAA)

¿Le ha notificado el Departamento de Trabajo del estado de Nueva York (recibido el Formulario TA722) que es elegible para la **Ayuda de Ajuste Comercial**? Sí No En caso afirmativo, n.º de solicitud de TAA _____

En caso negativo, ¿se separo de su empleo debido al comercio extranjero? Sí No

11. Licencia de conducir

¿Tiene licencia de conducir? Sí No Estado emisor _____

¿Qué tipo de licencia tiene? Clase A (Remolque tractor) Clase B (Camión/autobús) Clase C (Camión comercial liviano)
 Clase Cn (C sin CDL) Clase D (Operadores) Clase E (Taxi)
 Clase M (Motocicleta)

Garantías: Transporte de pasajeros Materiales peligrosos Vehículos con tanque Motocicleta
 Autobús escolar Dobles/Triples Tanque peligroso Frenos de aire

¿Necesita transporte público para llegar a un trabajo? Sí No

¿Tiene transporte confiable hacia y desde el trabajo? Sí No

12. Certificados/licencias

¿Tiene un certificado o licencia ocupacional? Sí No

*Certificado/licencia _____ *Organización o localidad emisora _____

Fecha de emisión: (mes/año) _____ / _____ Estado _____ *País _____

Certificado o licencia adicional:

*Certificado/licencia _____ *Organización o localidad emisora _____

Fecha de emisión: (mes/año) _____ / _____ Estado _____ *País _____

13. Escuelas

¿Posee un título, diploma o certificado de educación universitaria? Sí No

*Curso de estudio _____ *Título _____ Fecha de finalización (mes/año) _____ / _____

*Institución emisora _____ *Estado _____ *País _____

*Curso de estudio _____ *Título _____ Fecha de finalización (mes/año) _____ / _____

*Institución emisora _____ *Estado _____ *País _____

14. Habilidades laborales y calificaciones

*Indique por lo menos una.

Incluya las habilidades y capacidades que utilizó en su(s) trabajo(s), trabajo voluntario, experiencias personales o que ha adquirido a través de la escuela o capacitación. Ejemplos: técnicas de laboratorio, carpintería, soldadura, capacidad para leer planos, tipeo y habilidades de computación como software de procesamiento de texto, lenguajes de programación o diseño asistido por computadora. Además, incluya los idiomas en los que tiene fluidez..

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enumere las cualidades o los logros relacionados con su objetivo laboral: _____

Enumere las distinciones que haya recibido o actividades externas en las que participa: _____

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera y exacta según mi leal saber.

*Firma _____ *Fecha _____

El Departamento de Trabajo del estado de Nueva York es un empleador
que ofrece igualdad de oportunidades.