

Formulario de registro del cliente del centro de desarrollo profesional

Los campos obligatorios están indicados con asterisco. * Use letra de molde legible.

Debemos recopilar información adicional de nuestros clientes para cumplir con los requisitos federales de presentación de informes para los programas financiados por la Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (WIOA, por sus siglas en inglés). La información es solo para fines de la WIOA. Los centros de desarrollo profesional del estado de Nueva York siguen las directrices federales sobre el manejo y la protección de información de identificación personal. **Existen ayudas y servicios auxiliares disponibles para las personas con discapacidades que los soliciten.**

¿Cuál es su idioma preferido? _____

Si no es el inglés, ¿necesita un intérprete? Sí No

Datos del cliente

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

o Número de Identificación de Nueva York: NY _____ *Apellido:

*Nombre: Inicial del segundo nombre: _____ *Fecha de nacimiento: / /

Género: Masculino Femenino No binario

Si nació después del 31 de diciembre de 1959 y se le asignó el género masculino al nacer, ¿está registrado con el Servicio Militar Selectivo de EE. UU? Sí No

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

U otra forma de confirmación de la fecha de nacimiento con un documento fuente aceptable: _____
(consulte al personal)

*Dirección: N.º de depto.: _____

*Ciudad: *Estado:

*Código postal (no es necesario agregar +4): - _____

Dirección postal (si es diferente a la anterior): _____

Condado: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted?

Correo electrónico Teléfono celular Correo (postal) Teléfono de casa

¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No

Si contestó que no, ¿está autorizado para trabajar en EE. UU? Sí No

Si contestó que sí, número de registro de extranjero: _____

Grupo étnico/Raza

Nota: las preguntas sobre el grupo étnico y la raza son voluntarias. La información es confidencial y solo se utilizará para mantenimiento de registros y requisitos de acciones afirmativas. Usted no será penalizado si no desea responder.

Grupo étnico: Hispano o Latino Ni Hispano ni Latino

Raza: (Marque todas las que correspondan)

Blanco	Negro o afroamericano	Indígena americano o nativo de Alaska	Chino
Indio asiático	Filipino	Coreano	Japonés
Paquistaní	Samoano	Vietnamita	Bangladesí
Birmano	Nativo de Hawaii	Otro isleño del Pacífico	Nepalés
Tailandés	Guameño y chamorro		Otro asiático

Escolaridad

*Escolaridad (marque el grado más alto terminado)

Grado: N.A. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Diploma de secundaria Equivalencia de secundaria No posee diploma

Diploma de programa de educación individualizada/Discapacidad con certificación de asistencia/finalización

Nota: La información sobre el diploma de Programa de educación individualizada/Discapacidad con certificación es voluntaria. No será penalizado por no proporcionar información sobre el diploma de programa de educación individualizada/discapacidad con certificación de asistencia/finalización.

*¿Asiste a una escuela secundaria, superior, vocacional, técnica o académica a tiempo completo?

Sí No

Si se encuentra entre períodos escolares, ¿piensa regresar a la escuela? Sí No

Empleo

*¿Está empleado actualmente? Sí No

Si contestó que no, ¿cuántas semanas ha estado sin trabajo? _____

Si la respuesta positiva, trabaja: Tiempo completo Tiempo parcial ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____

¿Ha solicitado beneficios del seguro por desempleo? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuándo lo solicitó? ____ / ____ / ____

¿Actualmente está reclamando sus beneficios del seguro de desempleo? Sí No

Militar

Nota: Los veteranos y “cónyuges elegibles” reciben prioridad de servicio.

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

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

Si contestó que sí, ¿en qué rama de las fuerzas militares de EE. UU? _____

Fechas de servicio: ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Preferencias de empleo

Marque sus preferencias laborales:

Semana laboral: Tiempo completo (30 horas por semana o más) Tiempo parcial (menos de 30 horas por semana)

Duración (período de empleo):

Fijo (Más de 150 días) Temporal (3 días o menos) Fijo o temporal (4-150 días)

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

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

¿En qué turno(s) está dispuesto a trabajar? Marque todos los que correspondan.

Primero (turno que comienza por la mañana) Segundo (turno que comienza por la tarde)

Tercero (turno que comienza por la noche) Dividido Rotativo

*¿Es usted un trabajador agrícola migrante o temporal? (para ver las definiciones, consulte al personal o el cuestionario complementario) Sí No

Ubicaciones aceptables del empleo

*Estoy dispuesto a trabajar dentro del siguiente código postal, condado o estado (marque el número de millas y escriba el código postal):

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

Nota: si está recibiendo seguro de desempleo, podría ser necesario que viaje 1 hora en transporte privado o 1 ½ horas en transporte público.

Objetivo de empleo

*Objetivo de empleo/Tipo de búsqueda de empleo:

Puesto:

Puesto:

Historia laboral

Si tiene experiencia laboral, describa la información más detallada posible para mejorar nuestras posibilidades de ayudarlo a encontrar trabajo. Escriba primero la información más reciente. Conteste todos los datos requeridos de cada empleador.

*Puesto: _____ *Empleador: _____

*Dirección: _____

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

*Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ *Fecha de terminación: ____ / ____ / ____

Horas trabajadas por semana: _____

Supervisor: _____ Número de teléfono: (____) ____ - ____

*Salario: \$ _____ por hora día semana mes año otro

*Motivo de su salida: _____

*Funciones laborales: _____

*Puesto: *Empleador:

*Dirección:

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

*Fecha de inicio: / / *Fecha de terminación: / /

Horas trabajadas por semana: _____

Supervisor: _____ Número de teléfono: (____) _____ - _____

*Salario: \$ por hora día semana mes año otro

*Motivo de su salida:

*Funciones laborales:

*Puesto: *Empleador:

*Dirección:

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

*Fecha de inicio: / / *Fecha de terminación: / /

Horas trabajadas por semana: _____

Supervisor: _____ Número de teléfono: (____) _____ - _____

*Salario: \$ por hora día semana mes año otro

*Motivo de su salida:

*Funciones laborales:

Asistencia por Ajustes Comerciales (TAA, por sus siglas en inglés)

¿El Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York le ha notificado (recepción del formulario TA722) que usted es elegible para recibir **Asistencia por Ajustes Comerciales**? Sí No

Si contestó que sí, número de petición de TAA: _____

Si contestó que no, ¿perdió su empleo debido al comercio exterior? Sí No

Licencia de conducir

¿Tiene licencia de conducir? Sí No Estado que expide: _____

¿Qué tipo de licencia posee?

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| Clase A (tractocamión) | Clase B (camión o autobús) | Clase C (camión comercial ligero) |
| Clase Cn (C no comercial) | Clase D (operadores) | Clase E (taxi) |
| Clase M (motocicleta) | | |

Aprobaciones: Transporte de pasajeros Materiales peligrosos Vehículo cisterna Motocicleta
Autobús escolar Dobles/Triples Camiones cisterna peligrosos
Frenos de aire

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

¿Cuenta con un medio de transporte confiable para ir y volver del trabajo? Sí No

Certificados/Licencias

¿Posee un certificado o licencia ocupacional? Sí No

*Certificado o licencia: *Organización o localidad emisora:

Fecha de expedición: ___ / ___ / ___ Estado: _____ *País:

Certificado o licencia adicional:

*Certificado o licencia: *Organización o localidad emisora:

Fecha de expedición: ___ / ___ / ___ Estado: _____ *País:

Escuelas

¿Posee un título universitario, diploma o certificado educativo? Sí No

*Carrera estudiada: *Título: Fecha de conclusión exitosa: ___ / ___ / ___

*Institución emisora: *Estado: *País:

*Carrera estudiada: *Título: Fecha de conclusión exitosa: ___ / ___ / ___

*Institución emisora: *Estado: *País:

Habilidades laborales y acreditaciones

*Escriba al menos una.

Incluya habilidades y capacidades que usted utilizó en sus empleos, trabajos voluntarios, experiencias personales o que haya adquirido en la escuela o en cursos de capacitación. Ejemplos: técnicas de laboratorio, carpintería, soldadura, capacidad para leer planos, mecanografía y conocimientos informáticos tales como uso de procesadores de texto, lenguajes de programación o diseño asistido por computadora. También incluya los idiomas que habla con fluidez.

Escriba sus cualidades o logros relacionados con su objetivo de empleo:

Escriba las distinciones que haya recibido o actividades externas en las que haya participado:

Certifico que la información que he proporcionado en este documento es verdadera y precisa en la medida de mi conocimiento.

*Firma _____ *Fecha / /