

Registro para servicios de desarrollo profesional

Escriba con letra de molde legible

Datos del cliente

Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

Número de ID 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 sexo masculino al nacer, ¿está registrado con el Servicio Militar Selectivo de EE. UU.? Sí No

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ País: _____

Número de teléfono: (____) ____ - ____ Número de teléfono celular: (____) ____ - ____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Es ciudadano de Estados Unidos? Sí No

Si contestó que no, ¿está autorizado para trabajar en Estados Unidos? Sí No

¿Tiene un **diploma de educación secundaria o un GED/TASC**? Sí No

Si contestó que no, ¿cuál es el grado máximo de estudios que terminó? _____

¿Tiene un **dominio limitado del inglés**? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuál es su idioma principal? _____

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) Prefiero no decirlo

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

Militar

Nota: Los veteranos y los "cónyuges elegibles" tienen prioridad de servicio.

*¿Sirvió en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

*¿Es usted cónyuge de un veterano? Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué rama del ejército estadounidense? _____

Fechas de servicio: ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

Preferencias de empleo

¿Qué tipos de empleos considera aceptables?

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

Duración: Fijo (más de 150 días) Temporal (3 días o menos)
 Fijo o temporal (4-150 días)

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

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

Primero (un turno que comienza en la mañana) Segundo (un turno que comienza en la tarde)
Tercero (un turno que comienza en la noche) Dividido Rotativo

Asistencia por ajustes comerciales (TAA)

¿El Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York le ha notificado (recibió el formulario TA722) que usted es elegible para **asistencia por ajustes comerciales**? Sí No

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

Si contestó que no, ¿se separó de su empleo debido al comercio exterior? Sí No

Objetivo e historia laboral

Objetivo de empleo/tipo de trabajo deseado (puesto): _____

¿Está dispuesto a viajar? 25 50 100 millas de su código postal: _____

Escriba los últimos dos empleadores para los que trabajó. Escriba primero su empleo más reciente.

Proporcione todos los datos solicitados sobre cada empleador. Incluya todos los detalles posibles para mejorar nuestras probabilidades de ayudarlo a encontrar trabajo.

Puesto: _____ **Empleador:** _____

Dirección: _____

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

¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____

Fecha de inicio: ____ / ____ / _____ Fecha de terminación: ____ / ____ / _____

Salario: \$ _____ por Hora Día Semana Mes Año

Motivo de su salida: _____

Funciones laborales: _____

Puesto: _____ **Empleador:** _____

Dirección: _____

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

¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____

Fecha de inicio: ___ / ___ / ___ Fecha de terminación: ___ / ___ / ___

Sueldo: \$ _____ por Hora Día Semana Mes Año

Motivo de su salida: _____

Funciones laborales: _____

Escolaridad, certificados, licencias

Marque el máximo nivel de estudios que completó:

K-12: ninguno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12/graduado de secundaria
12/sin título Equivalencia de secundaria (TASC, GED)

Educación superior (después de la secundaria):

Secundaria + 1 año/sin título	Secundaria + 2 años/sin título	Secundaria + 3 años/sin título
Secundaria + 1 año/ cert. vocacional	Secundaria + 2 años/ cert. vocacional	Secundaria + 3 años/ cert. vocacional
Secundaria + 1 año/ título de asociado	Secundaria + 2 año/ título de asociado	Secundaria + 3 año/ título de asociado
Título de licenciatura	Título de maestría	Título de doctorado

¿Cuenta con **transporte confiable** para ir y regresar del trabajo? Sí No

¿Tiene **licencia de conducir**? Sí No

¿Qué tipo de licencia tiene?

Clase A (Tractocamión)	Clase B (Camión/autobús)
Clase C (Camión comercial ligero)	Clase Cn (C no CDL)
Clase D (Operadores)	Clase E (Taxi)
Clase M (Motocicleta)	

Autorizaciones:	Transporte de pasajeros	Materiales peligrosos	Camiones cisterna
	Motocicletas	Autobuses escolares	Dobles/Triples
	Camiones cisterna con materiales peligrosos		Frenos de aire

¿Tiene un **certificado o una licencia ocupacional**? Sí No

Certificado/Licencia: _____ Organización o localidad que expide: _____

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

Certifico que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta en la medida de mi conocimiento.

Firma: _____ **Fecha:** ___ / ___ / ___