

## Solicitud Para Aprobación De Adiestramiento Bajo La Sección 599

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Instrucciones:

- Rellene y devuelva esta solicitud al centro de desarrollo profesional de su localidad o a la Unidad de Revisión Central 599 en un plazo de 14 días o **lo antes posible después de que lo acepten en la capacitación.**
- Conteste todas las preguntas. **La falta de información demorará o afectará el resultado del proceso de solicitud.**
- Escriba su nombre y apellido, así como los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social, en todas las páginas de esta solicitud. Escriba solamente en el espacio provisto, no use grapas, ni escriba fuera de los márgenes ni al reverso de la solicitud. Si necesita espacio adicional, use una hoja de papel blanco de 8 ½ x 11 pulgadas.

### PARTE I – Información Acerca del Aprendiz/Estudiante

¿Cuál fue su trabajo más reciente? \_\_\_\_\_

Fechas de Empleo: Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Cuáles eran sus deberes principales?

¿Espera encontrar trabajo en esta misma ocupación?      SI      NO

Si NO, ¿por qué no? \_\_\_\_\_

Si tuvo algún otro empleo en los últimos 3 años, indique las fechas de empleo, los puestos que ocupó, y describa brevemente sus deberes de trabajo.

Su último trabajo fue:      A tiempo completo      A tiempo parcial  
Días      Tardes      Noches      Fines de semana  
Otra: \_\_\_\_\_

¿Durante qué horas y en qué días está usted disponible para trabajar?

¿Qué tipo de trabajo está buscando? \_\_\_\_\_

**NOTA:** A menos que y hasta que reciba un aviso de aprobación escrito bajo la Sección 599, usted debe estar listo, dispuesto y capacitado para trabajar a tiempo completo, y debe buscar trabajo activamente para mantener su elegibilidad para el seguro por desempleo. Se requiere que usted mantenga un récord escrito de su búsqueda de trabajo.

Si su curso o programa de adiestramiento no es aprobado bajo la Sección 599,

¿Está dispuesto a dejar la escuela para poder trabajar a tiempo completo?      SI      NO

Si NO, ¿por qué no? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Puede trabajar a tiempo completo a la vez que asiste a la escuela? SI NO

Si NO, explique? \_\_\_\_\_

Indique todo programa de adiestramiento/universitario completado por usted.

| Nombre de la Escuela/Ciudad/Estado | Título/Especialidad O Tipo de certificado | Fecha en que terminó |
|------------------------------------|---|----------------------|
|                                    |   | ____ / ____ / ____   |
|                                    |   | ____ / ____ / ____   |
|                                    |   | ____ / ____ / ____   |

## PARTE II – Información Acerca del Adiestramiento

Nombre de la Escuela o Facilidad de Adiestramiento donde está matriculado:

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Persona contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Título del programa de adiestramiento: \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo del adiestramiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha final del adiestramiento (Graduación): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Destrezas de trabajo que aprenderá: \_\_\_\_\_

Grado o certificado que obtendrá: \_\_\_\_\_

¿En que **ocupación específica** piensa trabajar una vez termine su adiestramiento actual?

Una vez termine su programa de adiestramiento, ¿requerirá adiestramiento adicional para poder trabajar en esta ocupación específica? SI NO

¿Es pagado su adiestramiento con fondos de WIA o de la Ley de Comercio? SI NO

Si afirmativo, nombre del Consejero: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Indique si ha tomado este adiestramiento anteriormente: SI NO

Si afirmativo, indique cuándo y dónde, y por qué necesita tomarlo de nuevo:

Indique las fechas de cualquier receso que vaya a durar más de cinco semanas en los próximos seis (6) meses:

Name: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### PARTE III – Documentos De Aceptacion Y Participacion En Un Adiestramiento

Describe los documentos **oficiales** que está enviando junto con esta solicitud que muestran la fecha en que fue aceptado al programa de adiestramiento, la fecha de comienzo y la fecha final del programa de adiestramiento, y las horas semanales del adiestramiento (Por ejemplo: carta de aceptación, factura de la escuela, horario de clases).

- Documento que muestra la fecha en que fue aceptado al adiestramiento: \_\_\_\_\_
- Documento que muestra la fecha de comienzo y la fecha final del programa de adiestramiento: \_\_\_\_\_
- Documento que muestra 12 créditos o al menos 12 horas de clase por semana: \_\_\_\_\_

Indique el número total de horas de clase o de horas de crédito por semana: \_\_\_\_\_

**Los siguientes documentos sólo se requieren si ya está asistiendo a un programa de adiestramiento.**

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>No se requiere</b> | Describe el documento adjunto (Ejemplo: Sus calificaciones más recientes) |
|-----------------------|---|

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Registro de                   | _____ |
| Calificaciones/Calificaciones | _____ |

### PARTE IV – Certificación

1. He leído y revisado cuidadosamente mi solicitud para evitar errores y omisiones, y entiendo que una solicitud incompleta podría tener como consecuencia el que no se apruebe el adiestramiento.
2. Entiendo que debo permanecer listo, dispuesto y capacitado para buscar y aceptar trabajo hasta que sea aprobado para el Programa 599.
3. Si soy aprobado para el Programa 599, le notificaré a la Unidad de Programas Especiales del Seguro por Desempleo sobre cualquier cambio en mis clases o itinerario de clases. Enviaré una copia de mi nuevo itinerario tan pronto esté disponible. Enviaré una copia de mis calificaciones al final de cada período de calificación.
4. Si soy aprobado para el Programa 599, entiendo que la escuela/facilidad de adiestramiento tendrá que enviar periódicamente al Departamento de Trabajo prueba de mi progreso satisfactorio, y entiendo que soy responsable de que esto se cumpla.
5. Entiendo que la ley impone penalidades severas por declaraciones falsas intencionales hechas para obtener beneficios del Seguro por Desempleo.

#### AVISO IMPORTANTE

El ser aprobado para adiestramiento bajo la Sección 599 de la Ley del Seguro por Desempleo NO garantiza el que usted recibirá beneficios por desempleo adicionales. No debe matricularse en un programa de adiestramiento que durará más de sus 26 semanas de beneficios regulares a menos que usted tenga los recursos para completar el adiestramiento sin recibir beneficios adicionales.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_