

**SOLICITUD DEL PROGRAMA EMPLOY MILWAUKEE FINANCIADO POR DOL**

Employ Milwaukee debe pedir a todos los solicitantes del programa que respondan a las preguntas de este formulario. Si bien algunas preguntas pueden parecer de naturaleza personal, sus respuestas nos ayudan a brindarle un servicio de manera efectiva. Su información personal y sus registros se mantienen seguros de acuerdo con las regulaciones federales.

Sección 1: Información del Cliente			
Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
¿Es usted legible para trabajar en los Estados Unidos?			
☐ Ciudadano Estadounidense. Número de Seguro Social: _____			
☐ De lo contrario, legalmente autorizado para trabajar en USA. Fecha de vencimiento de Autorización de Trabajo: _____			
☐ Ninguna de las anteriores.			
El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos requiere que le informemos de lo siguiente con respecto a esta solicitud de su Número de Seguro Social. Estamos autorizados a coleccionar su SSN por la Ley de Oportunidades e Innovación de la Fuerza Laboral de 2014. Su SSN se utilizará para coleccionar el salario trimestral para evaluar los resultados del programa. La divulgación de su SSN es voluntaria. No podemos negarle el acceso a todos los servicios si no se proporciona el SSN, pero debemos verificar su elegibilidad para trabajar en los Estados Unidos para proporcionar algunos servicios.			

Sección 2: Información Sobre Beneficios Familiares			
Responda a lo siguiente si su familia está recibiendo o ha recibido alguna de las siguientes asistencias en los últimos 6 meses.			
¿Servicios o asistencia en efectivo de una agencia W-2?	☐ Actual	☐ Últimos 6 meses (No actual)	☐ No
¿Está dentro de los 2 años de agotar elegibilidad de por vida de W-2?	☐ Sí	☐ No	☐ N/A (Nunca recibió W2 o ya ha agotado la elegibilidad de por vida)
¿Asistencia a través de SNAP (FoodShare)?	☐ Actual	☐ Últimos 6 meses (No actual)	☐ No
¿Otros servicios públicos o de asistencia o apoyo en efectivo de Asistencia General (GA) o Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)?			
☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no revelarlo.			

Employ Milwaukee es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a pedido de las personas con discapacidades. Si necesita que esta información se interprete a un idioma que comprenda o en un formato diferente, comuníquese con Carrie Hersh, Oficial de Igualdad de Oportunidades, al 414-270-1726 o Carrie.Hersh@EmployMilwaukee.org. Las personas sordas o con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con nosotros al número de retransmisión de Wisconsin 711.

¡IMPORTANTE! Este documento contiene **información importante** sobre sus derechos, responsabilidades y/o beneficios. Es fundamental que comprenda la información de este documento, y le proporcionaremos la información en su idioma preferido sin costo alguno para usted. **Llame al (414)-270-1726** para obtener ayuda en la traducción y comprensión de la información de este documento.

¡IMPORTANTE! Este documento contiene **información importante** sobre sus derechos, responsabilidades y/o beneficios. Es importante que usted entienda la información en este documento. Nosotros le podemos ofrecer la información en el idioma de su preferencia sin costo alguno para usted. **Llame al (414)-270-1726** para pedir asistencia en traducir y entender la información en este documento.

TSEEM CEEB! Daim ntawv no muaj ib **cov lus tseem ceeb** qhia paub txog koj cov cai, cov luag hauj lwm thiab/los yog cov kev pab. Nws yog ib qho tseem ceeb uas koj yuav tau to taub cov lus nyob hauv daim ntawv no, thiab peb yuav muab tau cov lus no txhais ua koj hom lus yam koj tsis tau them nyiaj dab tsi. **Hu rau (414)-270-1726** yog xav tau kev pab kom muab cov lus nyob hauv daim ntawv no txhais rau koj kom koj to taub.

SOLICITUD DEL PROGRAMA EMPLOY MILWAUKEE FINANCIADO POR DOL

Sección 3: Características adicionales					
¿Ha estado sujeto a alguna etapa del proceso de justicia penal por cometer un delito de estado o un acto delictivo? O ¿Necesita ayuda para superar las barreras al empleo como resultado de un registro de arresto o condena?					
☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no revelarlo.					
¿Has estado en alguno de los siguientes en los últimos 12 meses?					
☐ Trabajador Agrícola Estacional ☐ Trabajador Agrícola Migrante ☐ Trabajador Agrícola Migrante o Estacional (MSFW) Joven (14 a 24 años) ☐ Dependiente adulto de MSFW ☐ Joven Dependiente de MSFW ☐ Ninguna de las anteriores.					
¿Está actualmente inscrito en un Programa de Aprendiz Registrado?				☐ Sí ☐ No	
¿Cuál es su estado actual del Seguro de Desempleo (UI)?					
☐ Estoy solicitando beneficios de desempleo y fui referido aquí por el estado ☐ Programa RESEA ☐ Sistema WPRS. [<u>Reclamante de UI Referido</u>] ☐ Estoy solicitando beneficios de desempleo, pero NO fui referido aquí por Desempleo. [<u>Reclamante de UI no referido por RESEA o WPRS</u>] ☐ He agotado mis beneficios de desempleo. [<u>Agotado</u>] ☐ Estoy solicitando beneficios de desempleo pero no tengo que realizar una búsqueda de trabajo para mantener los beneficios del UI. [<u>Reclamante Exento</u>] ☐ No estoy recibiendo desempleo y no he agotado mis beneficios de desempleo. [<u>Ni Reclamante ni Agotado</u>]					
Barreras Culturales: ¿Percibe que tiene actitudes, creencias, costumbres o prácticas que pueden servir como un obstáculo para el empleo?					☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no revelarlo.
¿Marque alguno de los siguientes que se apliquen a usted?					
☐ Carezco de una residencia nocturna fija, regular y adecuada. ☐ Mi residencia nocturna principal es un lugar que no está diseñado para dormir regularmente para seres humanos. ☐ Soy un niño que se ha mudado en los últimos 36 meses con un padre o cónyuge que es trabajador migratorio o pescador. ☐ Soy menor de 18 años y he abandonado mi hogar o lugar de residencia legal sin el permiso de mi familia (Prófugo).					
Ama de casa Desplazada: ¿Ha estado haciendo trabajo no remunerado en el hogar, está desempleada o subempleada y tiene problemas para obtener o mejorar el empleo, Y cumple con una de las siguientes condiciones?					
☐ Condición 1: Haber dependido de los ingresos de otro miembro de la familia pero ya no tengo el apoyo de esos ingresos ☐ Condición 2: Cónyuge dependiente de un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de . cuyos ingresos familiares se han reducido significativamente debido al despliegue del miembro del servicio, la llamada / orden al servicio activo, el cambio permanente de estación o la muerte o discapacidad relacionada con el servicio					
¿Es usted un trabajador subempleado? (Empleado pero que actualmente no está conectado a un trabajo de tiempo completo que sea acorde con su nivel de educación, habilidades o con un sueldo y/o salario que ganó anteriormente, o que solo ha obtenido un empleo episódico, a corto plazo o a tiempo parcial). (Los participantes financiados por subvenciones H1B deben responder Sí o No, no pueden elegir N / A).					☐ Sí ☐ No ☐ N/A
¿Es usted un trabajador titular? (Una persona que ya está empleada, al momento de la inscripción en el programa, pero que necesita capacitación para mejorar sus habilidades para asegurar un empleo de tiempo completo, avanzar en sus carreras o conservar su puesto actual. (Los participantes financiados por subvenciones H1B deben responder Sí o No, no pueden elegir N / A).					☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Sección 4: Historial de Empleo					
Por favor complete esta información por todos los empleos que haya tenido en los últimos 6 meses. Si necesita hojas de papel adicionales, notifique a un miembro del personal.					
ACTUAL/TRABAJO MÁS RECIENTE					
Nombre del Empleador		Ubicación del Empleador (Ciudad, Estado)			
Título del Trabajo		Pago	\$ _____ por _____ (hora/semana/mes/año)		
Fecha de Inicio	Fecha Final	☐ N/A		¿Compensación adicional? (Propinas, Comisión, Trabajo por piezas, Alojamiento)	
¿Es un trabajo temporal (no más de 30 días)?		☐ Sí ☐ No		Horas Estimadas/Semana	
¿Es este trabajo un trabajo federal?		☐ Sí ☐ No		☐ Negocio Cerró ☐ Descansado ☐ Renunció ☐ Terminado ☐ Otro: _____	
¿Es este empleador un contratista federal?		☐ Sí ☐ No			
☐ Todavía Empleado					

SOLICITUD DEL PROGRAMA EMPLOY MILWAUKEE FINANCIADO POR DOL

SEGUNDO ACTUAL/TRABAJO MÁS RECIENTE					
Nombre del Empleador				Ubicación del Empleador (Ciudad, Estado)	
Título del Trabajo				Pago \$ _____ por _____ (hora/semana/mes/año)	
Fecha de Inicio		Fecha Final	☐ N/A	¿Compensación adicional? (Propinas, Comisión, Trabajo por piezas, Alojamiento)	
¿Es este un trabajo temporal (no más de 30 días)?			☐ Sí ☐ No		Horas estimadas/semana
¿Es este trabajo un trabajo federal?			☐ Sí ☐ No		☐ Negocio Cerró ☐ Descansado ☐ Renunció ☐ Terminado ☐ Otro: _____
¿Es este empleador un contratista federal?			☐ Sí ☐ No		
			☐ Todavía Empleado		

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa o incompleta durante el proceso de solicitud podría dar lugar a la terminación del programa y/o sanciones según lo especificado por la ley. Al firmar a continuación, doy fe de la exactitud de este formulario completo.

Firma del Solicitante	Fecha de Firma