

**ADMISIÓN**

| Sección 1: Información del Cliente (por favor en letra de imprenta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |                                                                                                                           |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                      | Nombre                                                                                                                    | Inicial del Segundo Nombre |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |                                                                                                                           |                            |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |                                                                                                                           | Apartamento/Unidad #       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |                                                                                                                           |                            |
| Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                      | Estado                                                                                                                    | Código postal              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |                                                                                                                           |                            |
| Número de Teléfono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ( ) -                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> |                            |
| Dirección de Correo Electrónico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> No deseo recibir actualizaciones por correo electrónico sobre eventos de la fuerza laboral. |                                                                                                                           |                            |
| Género                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino                                                 | Fecha de Nacimiento                                                                                                       |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      | DD/MM/AAAA                                                                                                                |                            |
| Número de Seguro Social (SSN)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                      |                                                                                                                           |                            |
| 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 cobrar 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. |                                                                                                                      |                                                                                                                           |                            |
| <input type="checkbox"/> No deseo proporcionar mi número de seguro social en este momento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                           |                            |

| Sección 2: Información demográfica                                                                                                                                                                                       |                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Eres de etnia hispana o latina?                                                                                                                                                                                         | ¿Cuál es su raza? (Seleccione todas las que correspondan).                                            |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático         |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar.                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco   |
|                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar.          |
| ¿En qué idioma prefiere recibir información sobre los servicios? (Seleccione SOLO uno).                                                                                                                                  |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Serbio-Croata <input type="checkbox"/> Otro: _____                                             |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español                                                                                             |                                                                                                       |
| Aprendiz del Idioma Inglés* y Dominio del Inglés (seleccione todas las que correspondan). * Para identificarse como aprendices del idioma inglés, las personas deben tener marcado al menos un elemento de cada columna. |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Tengo habilidades limitadas de lectura en Inglés.                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Mi lenguaje nativo es un lenguaje distinto al Inglés.                        |
| <input type="checkbox"/> Tengo habilidades limitadas de escritura en Inglés.                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Vivo en una familia o comunidad donde el Inglés no es el lenguaje dominante. |
| <input type="checkbox"/> Tengo habilidades limitadas para hablar Inglés.                                                                                                                                                 |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Tengo habilidades limitadas de comprensión del Inglés.                                                                                                                                          |                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Nada de esto aplica a mí.                                                                                                                                                                       |                                                                                                       |

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](mailto: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.

| Sección 3: Información sobre Veteranos y Cónyuges Elegibles                                                                                                                                                      |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Veterano:</b> ¿Ha servido en servicio activo en las fuerzas armadas Y ha sido dado de baja o liberado bajo condiciones distintas a las deshonrosas?                                                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Miembro del servicio en transición:</b> ¿Está en estado de servicio militar activo (incluida la licencia por separación) y dentro de ¿24 meses de jubilación o 12 meses de separación de las fuerzas armadas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Cónyuge:</b> ¿Es usted el cónyuge de un veterano o un miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| Sección 4: Información Educativa                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Cuál es el nivel educativo más alto que has completado? (Seleccione solo uno).</b>                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 8º grado<br><input type="checkbox"/> 10º Grado<br><input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria (HS) obtenido<br><input type="checkbox"/> Obtuvo un GED o HSED<br><input type="checkbox"/> Uno o más años de escuela después de la secundaria | <input type="checkbox"/> 9º Grado<br><input type="checkbox"/> 11º Grado<br><input type="checkbox"/> Otro: _____<br><input type="checkbox"/> Obtuvo una credencial técnica o vocacional<br><input type="checkbox"/> Obtuvo un Título de Asociado<br><input type="checkbox"/> Obtuvo una Licenciatura<br><input type="checkbox"/> Obtuvo una Maestría<br><input type="checkbox"/> Obtuvo un Doctorado                                              |
| <b>¿Cuál es su estado educativo actual?</b>                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Asistiendo a la Escuela Secundaria o menos<br><input type="checkbox"/> Asistiendo a una Escuela Secundaria Alternativa<br><input type="checkbox"/> Asistiendo a la Escuela Postsecundaria<br><input type="checkbox"/> No asistiendo, Graduado de la Escuela Secundaria o Equivalente<br><input type="checkbox"/> No Asistiendo, Abandono (Al Menos 18 Años)<br><input type="checkbox"/> No asistiendo, Menor de 18 Años |

| Sección 5: Información de Empleo                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Employ Milwaukee ha identificado siete industrias con alta demanda de empleados en nuestra área. ¿En cuál de estas industrias te interesa trabajar? Por favor, seleccione no más de 3.</b>                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Construcción<br><input type="checkbox"/> Finanzas y Seguros<br><input type="checkbox"/> Cuidados de Salud y Asistencia Social                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Hostelería (Venta al por Menor y Servicio de Alimentos)<br><input type="checkbox"/> Fabricación<br><input type="checkbox"/> Servicios Profesionales, Científicos, Técnicos (TI)<br><input type="checkbox"/> Transporte y Almacenamiento                                                                      |
| <b>¿En cuál de estas industrias ha estado empleado? (Seleccione todas las que correspondan).</b>                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Construcción<br><input type="checkbox"/> Finanzas y Seguros<br><input type="checkbox"/> Cuidados de Salud y Asistencia Social                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Hostelería (Venta al por Menor y Servicio de Alimentos)<br><input type="checkbox"/> Fabricación<br><input type="checkbox"/> Servicios Profesionales, Científicos, Técnicos (TI)<br><input type="checkbox"/> Transporte y Almacenamiento<br><input type="checkbox"/> Nunca he tenido un empleo.               |
| <b>¿Cuál es su situación laboral actual?</b>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Nunca he tenido un empleo.<br><input type="checkbox"/> Empleado<br><input type="checkbox"/> Empleado - Recibí un Aviso de Terminación, Descanso o Cierre de la Planta<br><input type="checkbox"/> Empleado: Separación Militar está Pendiente | <input type="checkbox"/> No está en la Fuerza Laboral (no está empleado y no busca activamente, incluidos los que están encarcelados).<br><input type="checkbox"/> No empleado.<br><input type="checkbox"/> Haber estado desempleado durante 27 o más semanas consecutivas.<br><input type="checkbox"/> Última fecha de empleo: _____ |

| Sección 6: ¡Ayúdenos a rastrear nuestro alcance!                                                                         |                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Cómo se enteró de nosotros?</b>                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Periódico, Televisión o Radio<br><input type="checkbox"/> Conexiones de Fuerza de Trabajo Móvil | <input type="checkbox"/> Redes Sociales<br><input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet<br><input type="checkbox"/> Palabra en Boca<br><input type="checkbox"/> Referido [Por Agencia: _____] |

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.

|                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| <b>Firma del Solicitante</b> | <b>Fecha de Firma</b> |
|------------------------------|-----------------------|