

**ANEXO DE LA APLICACIÓN DE TRABAJADOR DESLOCADO DE WIOA**

Nombre del Solicitante			
Fecha de Nacimiento		Fecha de Hoy	
Empleador de Dislocación			
Fecha de Dislocación (última fecha de trabajo)		Fecha Específica de Retiro (si corresponde)	

Categoría 1 – Descanso Individual o en Grupos Pequeños

Por favor, marque todo lo siguiente que aplica usted.

☐	He sido despedido o descansado o he recibido un aviso de terminación o descanso.
☐	Es poco probable que regrese a mi industria u ocupación anterior. (Por favor, complete la Sección X)
☐	Soy elegible o he agotado los pagos de desempleo derivados de la dislocación utilizada para la elegibilidad del programa.
☐	No soy elegible para pagos de desempleo porque mis ingresos no fueron suficientes para calificar o el trabajo del que me despidieron no estaba cubierto por la ley estatal de desempleo, pero trabajé para el empleador de la dislocación durante al menos un día.

Categoría 2 – Cierre Permanente o Despido Masivo

Por favor, marque todo lo siguiente que aplica usted.

☐	He sido despedido o descansado o he recibido un aviso de terminación o despido debido a un cierre permanente de cualquier tamaño o un despido de 25 o más trabajadores de un sitio de empleo físico o de una empresa virtual.
☐	Trabajo en un sitio de empleo físico o para una empresa virtual donde el empleador ha hecho un anuncio general de que el sitio de empleo cerrará permanentemente o la empresa virtual finalizará todas las operaciones <u>dentro de los 180 días</u>
☐	Trabajo en un sitio de empleo físico o para una empresa virtual donde el empleador ha hecho un anuncio general de que el sitio de empleo cerrará permanentemente o la empresa virtual finalizará todas las operaciones, ya sea <u>en más de 180 días o sin fecha dada</u> . Nota: En este caso, puede recibir solo servicios profesionales básicos hasta que reciba una fecha específica de terminación del empleador o hasta que el cierre esté programado para ocurrir dentro de los 180 días.

Categoría 3 – Miembros Separándose o Separados de las Fuerzas Armadas de USA

Por favor, marque todo lo siguiente que aplica a usted.

☐	Me estoy separando o me he separado de las Fuerzas Armadas de USA (incluye el Ejército, la Fuerza Aérea, la Armada, el Cuerpo de Marines y la Guardia Costera y sus reservas) con una baja que no es deshonrosa.
☐	He recibido un DD-214 u otra documentación (por ejemplo, órdenes de separación) que muestre separación o separación inminente.

Categoría 4 – Autónomos

Por favor, marque todo lo siguiente que se aplica a usted.

☐	Trabajaba por cuenta propia (incluye empleo como agricultor, ganadero, pescador o contratista o consultor independiente) pero me he quedado desempleado debido a las condiciones económicas generales o debido a un desastre natural. Nota: Los siguientes indicadores cumplen con la definición estatal de condiciones económicas generales para los fines del Programa de Trabajadores Desplazados de WIOA: el declive o fracaso de uno o más negocios integrales para el negocio del individuo (por ejemplo, clientes o proveedores); despidos o cierres a gran escala en negocios que respaldan una parte significativa de la economía estatal o local; falta de demanda de los productos o servicios del individuo como lo demuestra la información del mercado laboral; cambio sustancial en el mercado que elimina la necesidad del producto o servicio del individuo (por ejemplo, internalización de un proceso previamente realizado por un contratista externo; automatización de un proceso que elimina la necesidad de mano de obra contratada; cambio en la legislación o política que elimina un servicio o producto requerido); precios o mercados deprimidos para los productos o servicios del individuo; niveles generalmente altos de desempleo en el área local.
--------------------------	---

**ANEXO DE LA APLICACIÓN DE TRABAJADOR DESLOCADO DE WIOA****Categoría 5 – Ama de casa desplazada**

Esta categoría se evalúa a través de su respuesta en la Solicitud del Programa Financiado por DOL.

Consulte la solicitud del programa financiado por DOL.

Categoría 6 – Cónyuge Militar

Por favor, marque todo lo siguiente que aplica a usted.

Soy la esposa de un miembro de las Fuerzas Armadas de USA en servicio activo.

He perdido el empleo como resultado directo de la reubicación para dar cabida a un cambio permanente en el lugar de destino del miembro del servicio.

Estoy desempleado o subempleado y tengo problemas para obtener o mejorar el empleo.

Definición de Wisconsin de "Es Poco Probable que Regrese a una Industria u Ocupación Anterior"

Por favor, marque todo lo siguiente que aplica a usted.

Es probable que ingrese a un nuevo trabajo que sea diferente estructural u organizativamente a su trabajo anterior.

Es probable que ingrese a un nuevo trabajo con menor antigüedad en comparación con su puesto anterior.

Tengo una brecha en el empleo que disminuye sus posibilidades de volver al mismo nivel de ocupación o tipo de trabajo.

Hay oportunidades de empleo limitadas en la ocupación o industria dentro del área local.

Hay un exceso de trabajadores con habilidades y experiencia similares en el área local.

Tengo habilidades desactualizadas o inadecuadas.

Tengo las habilidades adecuadas, pero carezco de una credencial requerida por la mayoría de los empleadores.

Tengo una barrera para el empleo tal que podría impedir un regreso al empleo en la misma industria u ocupación.

Una búsqueda de empleo fallida sugiere que es poco probable que recupere el empleo en mi ocupación o industria anterior.

Por favor, explique cualquiera de los criterios anteriores que se han comprobado. **Si la barrera se debe a una discapacidad, NO revele la condición aquí. Solo indica la limitación que tienes. Por ejemplo, "No soy capaz de levantar más de 10 libras".**

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

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 al 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.