

**ANEXO DE SOLICITUD DE WIOA PARA JOVEN**

Nombre del Solicitante		Fecha de Nacimiento	
-------------------------------	--	----------------------------	--

Sección 1: Características del Solicitante**¿Ha experimentado el sistema de cuidado de crianza a través de una colocación fuera del hogar?**

- ☐ No ☐ Actualmente en crianza substituta ☐ Edad fuera del sistema de crianza substituta
☐ Dejó el cuidado de crianza substituta al cumplir 16 años o después por parentesco, tutela, adopción o para regresar con su familia
☐ Elegible para recibir asistencia a través de Chafee Foster Care Independence Program

Almuerzo Gratuito o a Precio Reducido en las Escuelas

¿Asistes a la escuela? Y	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe, o eres elegible para recibir, un almuerzo gratis o a precio reducido?	<input type="checkbox"/> Prefiero no Revelarlo
¿No asistes a la escuela? Y	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted un padre que vive en el mismo hogar que su hijo? Y	<input type="checkbox"/> Prefiero no Revelarlo.
¿El niño es elegible para recibir almuerzo gratis o a precio reducido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si seleccionó sí a una de las preguntas anteriores, ¿toda la escuela recibe automáticamente un almuerzo gratis o a precio reducido? (Seleccione sí si la escuela es una escuela pública de Milwaukee).	<input type="checkbox"/> No sé

Sección 2: Individuo "que requiere asistencia adicional para completar un programa educativo, o para asegurar o mantener un empleo". Seleccione cualquiera de las siguientes características que apliquen a usted.

- ☐ He experimentado o presenciado un evento traumático reciente, incluida la violencia doméstica o el abuso, o vivo en un entorno abusivo.
☐ Anteriormente he sido despedido o he tenido una separación no voluntaria del empleo.
☐ Anteriormente abandoné la escuela, me suspendieron o me expulsaron de la escuela. (Solo programa ISY)

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.

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
------------------------------	-----------------------

Fecha del formulario: 10.01.24