

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

**JUNTA LOCAL DE DESARROLLO**

**LABORAL DEL SUROESTE, INC.**

**POLITICA PÚBLICA DE LA ACTIVIDAD DE EMPLEOS TRANSICIONALES**  
**PROGRAMA DE ADULTOS Y TRABAJADORES DESPLAZADOS**

**Sección 1era.** La Junta Local de Desarrollo Laboral del Suroeste, Inc., establece como Política Pública basada en la Ley Pública 113-128, Sección 134(d)(5), que crea la Ley de Oportunidades y de Innovación para la Fuerza Laboral, (WIOA, por sus siglas en inglés) y la y 20 CFR 680.830, para establecer la Actividad de Empleos Transicionales para el Programa de Adultos y Trabajadores Desplazados, según se señala.

**Sección 2da.** El término Empleo Transicional según la Sección 134(d)(5) de la Ley WIOA y la 20 CFR 680.830 lo define como uno que provee una experiencia de trabajo limitada que puede llevarse a cabo en el sector público, privado o sin fines de lucro para las personas con barreras para el empleo, que están crónicamente desempleados o tienen un historial de trabajo inconsistente, las cuales se pueden combinar con servicios de carrera y servicios de sostén estipulados en la Sección 20 CFR 680.150 y la Sección 20 CFR 680.900, respectivamente. Estos empleos son diseñados para permitir a una persona establecer un historial de trabajo, demostrar éxito en el mismo y desarrollar habilidades que lo conducen a un empleo no subsidiado. Las plazas transicionales son experiencias de trabajo de duración limitada y subsidiados. Para llevar a cabo esta actividad se establecen los siguientes criterios:

- Personas con desempleo crónico o a largo plazo - se considera una persona con desempleo crónico cuando esta ha estado desempleado durante 27 semanas consecutivas. Esto definido por la Oficina de Estadísticas del Departamento del Trabajo (“Bureau of Labor Statistics”).
- Persona con historial de trabajo inconsistente (TEGL 19.16) – es la persona que ha estado empleado en diversos empleos en periodos de tiempo esporádicos, que no aportan experiencia significativa a su historial de trabajo afectando adversamente sus posibilidades de integrarse a la fuerza laboral. Se utilizará como base factores tales como: fecha de su último empleo, destrezas adquiridas, salarios devengados, número de empleos que ha tenido durante los últimos dos años, tipo de empleo (contrato, temporero, permanente o tiempo parcial) y la duración en los mismo.
- La determinación de la experiencia de empleo se certificará mediante la presentación de alguna de estas: resume o evidencia de las experiencias de trabajo.

**Sección 3ra.** A los efectos de que adquieran una experiencia significativa de empleo, se utilizará el Código O’net de la ocupación para llevar a cabo la actividad, el cual establecerá el término de duración de la misma hasta un máximo de 480 horas por participante con el propósito de que adquiera las habilidades y destrezas necesarias que lo ayuden a obtener un empleo no subsidiado. Puede ser una solución efectiva para individuos que necesitan obtener una experiencia de trabajo, que de otra manera no serían capaces de obtener mediante una Actividad de Adiestramiento de Desarrollo de Destrezas Ocupacionales. No hay ninguna obligación de que el participante se mantenga en su trabajo de transición, después de completada la actividad.

**Sección 4ta.** La Sección 20 CFR 680.840 y la 134(d)(5) de la Ley WIOA establece que el Área Local de Desarrollo Laboral del Suroeste puede utilizar el 10% de los fondos del Programa de Adultos y Trabajadores Desplazados para ofrecer empleos transicionales.

La actividad conllevará el pago del salario y la aportación al seguro social. Se incluirá en la póliza del Fondo del Seguro del Estado.

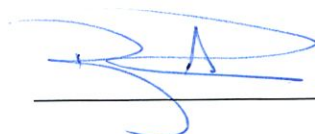
**Sección 5ta.** Los fondos para los Empleos Transiciones no se utilizarán para llenar puestos vacantes, que resulten de una disputa obrero-patronal.

**Sección 6ta.** El Patrono asignará un supervisor al participante para que le oriente sobre sus funciones, lo supervise y evalúe durante su participación.

**Sección 7ma.** Esta política pública comenzará a regir inmediatamente una vez sea aprobada por esta Junta Local y la misma reemplaza la anterior.

**Documentos de Apoyo:** ALDLS-AP-025 Rev. Enero 2021, ALDLS-MIS-024 Rev. Sept. 2020, ALDLS-MIS-025 Rev. Sept. 2020, ALDLS-MIS-026 Rev. Junio 2020, ALDLS-MC-002 Rev. Julio 2020 y ALDLS-MC-003 Rev. Julio 2020.

En San Germán, Puerto Rico, hoy 1 de abril de 2022.



---

Roque Abad Ramírez, Presidente Junta Local WDB



COTEJO DE DOCUMENTOS PARA CERTIFICAR ELEGIBILIDAD PARA WIOA  
COMPARISON OF ELIGIBILITY DOCUMENTS TO CERTIFY WIOA

Título I WIOA/Title I WIOA

☐ Jóvenes (14 - 21 Años)/Youths (14 - 21)

☐ Jóven 5%/Youth 5%

☐ Jóvenes (16-24 años)/Youths (16 - 24)

☐ Adultos/Adults

☐ Trab.Desplazados/Displaced Workers

☐ Otros (Indique)/Other (Specify) \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_  
Client's name

Núm. de Identificación \_\_\_\_\_  
Identification Number

Está siendo evaluado para participar en las actividades de la Ley de Inovación y Oportunidades en la Fuerza Laboral/WIOA por lo que debe reunir los siguientes requisitos y entregar los documentos que se indican/It is being evaluated to participate in the activities of the Workforce Innovation and Opportunities Act/WIOA, so it must meet the following requirements and deliver the documents listed:

| Requisitos de Elegibilidad<br>Eligibility Requirements                                                   | Documentos<br>Documents                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Documentos Entregados<br>Documents Delivered<br>Si/Yes No/No |  | Comentarios<br>Comments |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|-------------------------|
| Ciudadanía<br>Citizenship                                                                                | Certificado de Nacimiento P.R., E.U. y sus Territorios<br>Birth Certificate P.R., E.U. and its Territories<br>Islas Vírgenes, Northern Mariana Island y Guam<br>Virgin Islands, Northern Mariana Island and Guam<br>*Número de Certificado Nacimiento:<br>* Birth Certificate Number:                                                                                                                                                                        |                                                              |  |                         |
| Nacidos en EU y Sus Territorios<br>Born in the US and its Territories                                    | Certificado de Naturalización<br>Certificate of Naturalization                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Certificado de ciudadanía<br>Certificate of citizenship                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Otros/Others                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |  |                         |
| Inmigrante Residente<br>Immigrant Resident                                                               | Tarjeta de confirmación de registro de extranjero residente (I-551)<br>Resident alien registration confirmation card (I-551)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |  |                         |
| Seguro Social<br>Social Security                                                                         | Cert.SS (ALDLS-AP-050),Carta,Carta Benf., Forma W-2,DD-214,etc. Otros./Cert.SS (ALDLS-AP-050), Letter, Benf Chart, Form W-2, DD-214,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              |  |                         |
| Ciudadanía y Extranjero<br>Foreign Resident<br>Citizenship Foreign Resident                              | Otros documentos para ciudadanos extranjeros residentes, refugiados y probatorios (Caso Difícil) a los cuales el AJC no tiene que llenarle la Verificación de Elegibilidad para Empleo (I-9). Registro de Asistencia Pública/Other documents for foreign citizens residents, refugees and probationers (Difficult Case) to the which the AJC does not have to fill out the Verification of Eligibility for Employment (I-9). Public Assistance Registration. |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Administración del Seguro Social/Social Security Administration                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Certificado de revisión o licencia del servicio activo (DD-214)/Active service license or review certificate (DD-214)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Solo para ciudadanos nacidos en EU y sus territorios/Only for EU births citizenshipsand its territories                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Certificado de Bautismo/Baptism Certificate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Certificado de Nacimiento/Birth Certificate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Otros/Others                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |  |                         |
| Residente Área<br>Resident Area                                                                          | Factura o Recibo de agua, luz, gas, teléfono/water, light, gas and telephone bills                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |  |                         |
| Local de Servicios<br>Local Services                                                                     | Certificado de Renta, Residencia, Cliente,Vecino/Rent, Residence, Client and neighborhood Certificate<br>Otros/Others                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |  |                         |
| Requisitos Económicos<br>Economic Requirements                                                           | Documentos del Depart. de la Familia/Family Department Documents                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Asistencia Nutricional (PAN)/Nutritional Assistance (PAN)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Asistencia Económica (AE)/Economic Assistance (AE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Residente Hogar Sustituto/Resident of substitute home                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |  |                         |
|                                                                                                          | Talonario de Pago (Ambos Padres)/Proof of Payment (Both Parents)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |  |                         |
| Otros Ingresos<br>Other income                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |  |                         |
| Comp. Familiar<br>Family Composition                                                                     | Certificación Composición Familiar (ALDLS-MIS-041)/Family composition certify (ALDLS-MIS-041)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |  |                         |
| Persona con Impedimento<br>Person with Dissability                                                       | Certificación Médica o Profesional de Práctica Privada y Otros/Medic Certification or Private Professional Practice and others                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |                         |
| Veterano/Veteran                                                                                         | Certificado de revisión o licencia del servicio activo (DD-214).<br>Active service license or review certificate (DD-214)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                              |  |                         |
| Licencias<br>Licenses                                                                                    | Chofer, Conducir, Profesionales, Técnicas,etc.,Indique<br>Driver, Driver, Professionals, Technicians, etc., Indicate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              |  |                         |
| Trabajador 55 Años o más/Worker 55 years or more                                                         | Certificado de Nacimiento<br>Birth Certificate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |  |                         |
| Inscripción en el Servicio Selectivo<br>Registration in the Selective Service<br>Si Aplica/If applicable | Carta de registración al SSS Form 3A ó 3AS<br>Registration Letter or SSS Form 3A ó 3AS<br>Otros: Enumere.<br>Others: List.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |  |                         |
| Pobre historial de Empleo/Poor History                                                                   | Certificación Manejador de Casos<br>Case Management Certification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |  |                         |

| Requisitos de Elegibilidad<br>Eligibility Requirements                                                                                  | Documentos<br>Documents                                                                                                                                                                                        | Documentos Entregados<br>Documents Delivered |       | Comentarios<br>Comments |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------|-------------------------|
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                | Si/Yes                                       | No/No |                         |
| Sustitución Desventaja Económica<br>Disadvantage economic replacement                                                                   | Elegible al ser incluido en el 5% por una o más de las Barreras para Empleo de Jóvenes en Act. Verano<br>Eligible to be included in 5% for one or more of the Barriers to Youth Employment in summer activity. |                                              |       |                         |
| Asistencia Adicional al Joven/Additional Youth Assistance                                                                               | *Tiene nivel escolar por debajo del nivel de grado apropiado a su edad cronológica/*Has a school level below the grade level appropriate to your chronological age.                                            |                                              |       | Explique/Explain:       |
| Resolución de Política Pública/Public Policy Resolution                                                                                 | *Residentes: Comunidad aislada, comunidad de extrema pobreza y residencial público/*Residents: Isolated community, community of extreme poverty and public housing.                                            |                                              |       |                         |
|                                                                                                                                         | *Tiene uno o más impedimentos, incluyendo deficiencia para el aprendizaje/* Has one or more impairments, including a deficiency in learning.                                                                   |                                              |       |                         |
|                                                                                                                                         | *Un individuo que requiere asistencia adicional para completar un programa educacional/* An individual who requires additional assistance to complete an educational program.                                  |                                              |       |                         |
| Ofensor/Offender                                                                                                                        | Certificado de Antecedentes Penales/Certificate of Criminal Record                                                                                                                                             |                                              |       |                         |
| Desp. Tareas Domésticas<br>Displaced Domestic Tasks                                                                                     | Cert. Dept. Familia, Cert. Trab. Desp. Tareas Domésticas<br>Department of the Family Certification, Worker Displaced Domestic Tasks Certification                                                              |                                              |       |                         |
| Limitado en Idioma Inglés<br>Limited in English Language                                                                                | Cert. Escolar o Transcripción de Crédito<br>Scholarship Certificate or Credit Transcript                                                                                                                       |                                              |       |                         |
| Desertor Escolar<br>School Deserter or Dropout                                                                                          | Certificación de Baja Escolar<br>Lower School Certification                                                                                                                                                    |                                              |       |                         |
|                                                                                                                                         | Otros: Enumere/Others: List.                                                                                                                                                                                   |                                              |       |                         |
| Deambulante o Joven que abandonó el hogar<br>Vagabond or Youngster who left home                                                        | Certificación del Individuo Proveedor de Residencia Temporerá.<br>Individual Provider Certification Temporary Residence.                                                                                       |                                              |       |                         |
| Desplazado<br>Displaced                                                                                                                 | Evidencia de Desplazo (Ir a página 3)<br>Evidence of Displacement (Go to page 3)                                                                                                                               |                                              |       |                         |
| Otros<br>Others                                                                                                                         | Otros: Enumere/Others: List                                                                                                                                                                                    |                                              |       |                         |
| Barreras Adicionales para el Empleo - Deficiencia en Destrezas Básicas<br>Additional Barriers to Employment - Basic Skills Deficiencies |                                                                                                                                                                                                                |                                              |       |                         |
| Barreras Adicionales para el empleo<br>Additional Barriers to Employment                                                                | Bajos Ingresos/Low income                                                                                                                                                                                      |                                              |       |                         |
|                                                                                                                                         | Embarazada o con dependientes menores de 18 años<br>Pregnant or with dependents under 18 years of age                                                                                                          |                                              |       |                         |
|                                                                                                                                         | Limitado(a) en destrezas básicas/Basic skills Limitations                                                                                                                                                      |                                              |       |                         |
|                                                                                                                                         | Aprendiendo el idioma inglés/Learning English                                                                                                                                                                  |                                              |       |                         |
|                                                                                                                                         | Barreras Culturales/Cultural Barriers                                                                                                                                                                          |                                              |       |                         |
|                                                                                                                                         | Padre/Madre Soltera/Single Father/Mother                                                                                                                                                                       |                                              |       |                         |
|                                                                                                                                         | Posee barreras severas para emplearse<br>Has severe barriers to employment                                                                                                                                     |                                              |       |                         |
|                                                                                                                                         | En hogar de crianza u orfanato/In foster home or orphanage                                                                                                                                                     |                                              |       |                         |
|                                                                                                                                         | Otros: Enumere/Others: List                                                                                                                                                                                    |                                              |       |                         |
| Certificación del Solicitante/Applicant Certification                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                              |       |                         |

Por la presente certifico que los documentos entregados son, a mi mejor entender, exactos y verídicos y que los mismos no tienen la intención de desvirtuar mi elegibilidad. De ser falsos podré ser descalificado para participar en los Programas del ALDLS y servicios del CGU/AJC, y estaré sujeto al reembolso de cualquier pago que hubiere recibido/I hereby certify that the documents submitted are, to my best knowledge, accurate and true and that they are not intended to detract from my eligibility. If false, I may be disqualified from participating in the ALDLS Programs and CGU/AJC services, and will be subject to reimbursement of any payment I may have received.

Firma del Cliente/Client's signature

Fecha/Date

Firma Funcionario que completa el Formulario  
Official signature that completes the Form

Fecha/Date

Certificación del Manejador de Casos y/o Funcionario Autorizado/Case Manager Certification and/or Authorized Officer

Certifico que es ☐ elegible ☐ no elegible, explique:  
I certify that is eligible not eligible, explain:

☐ elegible al ser incluido en el 5% por la barrera de empleo  
eligible to be included in the 5% by the employment barrier

Firma del Manejador de Casos y/o Funcionario

Fecha/Date

CATEGORÍAS DEL TRABAJADOR DESPLAZADO 1 a 5  
1 to 5 DISPLACED WORKER CATEGORIES

| Categorías<br>Categories                                                                                                                                  | Requisitos de Elegibilidad<br>(Generales)<br>Eligibility<br>Requirements<br>(General)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Documentos<br>Documents                                                                                                                                            | Documentos<br>Entregados<br>Documents<br>Delivered |       | Comentarios<br>Comments |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------|-------------------------|
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                    | Si/Yes                                             | No/No |                         |
| Categoría 1<br>Trab. Desplazado por Terminación o Suspensión<br>Category 1<br>Displaced Worker<br>Termination or Suspension                               | Trabajador que ha terminado o ha sido suspendido o que ha recibido una notificación de terminación o suspensión/Worker who has terminated or been suspended or who has received a notice of termination or suspension.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Notificación de terminación o suspensión<br>Notification of termination or suspension                                                                              |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Verificación Telefónica de Terminación o Suspensión de Empleo (ALDLS-TD-028).<br>Telephone Verification of Termination or Suspension of Employment (ALDLS-TD-028). |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Declaración del Solicitante (AJC-TD-022).<br>Applicant's Declaration (AJC-TD-022).                                                                                 |                                                    |       |                         |
| Categoría 2<br>Trabajador Desplazado por Cierre o Suspensión Sustancial/Category 2<br>Worker Displaced by Closing or Substantial Suspension               | Trabajador que ha terminado o recibido notificación de terminación de su empleo como resultado de cualquier cierre permanente o suspensión masiva de una planta facilidad o empresa/Employee has completed or received notice of termination of employment as a result of any permanent closure or suspension of a facility massive plant or company.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Notificación de terminación por cierre permanente o suspensión masiva/Termination notice for permanent closure or mass suspension.                                 |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Carta de terminación por cierre permanente o suspensión masiva/Termination letter permanent closure or mass suspension.                                            |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Verificación telefónica de terminación o suspensión (ALDLS-TD-028)/Telephone verification of termination or suspension (ALDLS-TD-028).                             |                                                    |       |                         |
| Categoría 3<br>Trabajador Desplazado por Desastre Natural/Category 3<br>Displaced Worker by Natural Disaster                                              | Trabajador Desplazado permanente de su ocupación o campo de trabajo por causa de desastre natural, incluyendo al autoempleado/Displaced Worker permanently from his occupation or field of work due to natural disaster, including the self-employed.<br><br>Tiene un empleo propio (Incluyendo Agricultor, ganadero o Pescador) pero está desempleado como resultado de las condiciones económicas generales de la comunidad en que reside o debido a desastres naturales./It has its own employment (including Farmer, rancher or fisherman) but is unemployed as a result of general economic conditions of the community in which you reside or because of natural disasters.                                                                                     | Notificación de terminación o suspensión por desastre natural/Termination of employment letter by natural disaster.                                                |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Verificación telefónica de terminación o suspensión (ALDLS-TD-028)/Telephone verification termination or suspension (ALDLS-TD-028).                                |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Declaración del Solicitante (ALDLS-TD-022).<br>Applicant Statement (ALDLS-TD-022).                                                                                 |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Artículo del periódico/Newspaper article.                                                                                                                          |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Evidencia de FEMA/FEMA evidence.                                                                                                                                   |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Permisos del negocio/Business permits                                                                                                                              |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Copia de planilla/Copy Income Tax Form                                                                                                                             |                                                    |       |                         |
| Categoría 4<br>Trabajador Desplazado de Tareas Domésticas<br>Category 4 Displaced Worker from Domestic Tasks                                              | Individuo proveyendo servicios sin paga a miembros de la familia en la casa y quien depende de:/Individual providing services without paid family members in the house and who depends on:<br><br>- Asist. Pública y su niño menor perderá la elegibilidad dentro de 2 años./Public assistance and younger child will lose eligibility within 2 years.<br><br>- Ingreso de otro miembro de la familia, el cual ya no recibe./Income from another family member, which no longer receives.<br><br>- Está desempleado y confrontando dificultad para obtener un empleo./Unemployed and facing difficulty in getting a job.<br><br>- Está subempleado y confrontando dificultad para mejorar en el empleo. Underemployed and facing difficulty to improve in employment. | Certificación de Labores Domésticas (ALDLS-TD-040)/Domestic Work certification (ALDLS-TD-040).                                                                     |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Cert. Dept. Familia./Cert. of the Dept. of the Family.                                                                                                             |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Certificado de Matrimonio./Marriage Certificate.                                                                                                                   |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Acta de Defunción./Death Certificate.                                                                                                                              |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sentencia de Divorcio./Divorce Sentence.                                                                                                                           |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Declaración del Solicitante (ALDLS-TD-022).<br>Applicant Statement (ALDLS-TD-022).                                                                                 |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                    |                                                    |       |                         |
| Categoría 5<br>Esposa de un miembro de las Fuerzas Armadas en el Servicio Activo/Category 5<br>Wife of a member of the Armed Forces in the Active Service | Quién ha experimentado una pérdida de empleo, como resultado directo de la reubicación para acomodar un cambio permanente en el lugar de destino de dicho miembro./Who has experienced a loss of employment, as a direct result of the relocation to accommodate a permanent change in the destination of said member.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ID Card DD Form 1173                                                                                                                                               |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Certificado de Matrimonio./Marriage Certificate.                                                                                                                   |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DD 214 Form                                                                                                                                                        |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Evidencia de reubicación del Militar<br>Military Relocation Evidence                                                                                               |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Declaración del Solicitante (ALDLS-TD-022).<br>Applicant Statement (ALDLS-TD-022).                                                                                 |                                                    |       |                         |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                    |                                                    |       |                         |

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD POR EL MANEJADOR DE CASOS/ CASE MANAGER CERTIFICATION OF ELIGIBILITY

Por la presente certifico que los documentos entregados son, a mi mejor entender, exactos y verídicos y que los mismos no tienen la intención de desvirtuar mi elegibilidad. De ser falsos podré ser descalificado para participar en los Programas de la Agencia, y estaré sujeto al reembolso de cualquier pago que hubiere recibido./I hereby certify that the documents submitted are, to my best knowledge, accurate and true and that they are not intended to detract from my eligibility. If false, I may be disqualified from participating in the Programs of the Agency, and I will be subject to reimbursement of any payment I may have received.

Firma del Solicitante/Applicant's Signature

Fecha/Date

Certifico que es ☐elegible ☐no elegible, explique: \_\_\_\_\_  
I certify that is eligible not eligible, explain:

☐elegible al ser incluido en el 5% por la barrera de empleo  
eligible to be included in the 5% by the employment barrier

Firma del Manejador de Casos y/o Funcionario Autorizado  
Case Manager Signature and/or Authorized Officer

Fecha/Date

Somos un Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo. Contamos con Servicios Auxiliares y de Apoyo para Personas con Impedimento que así lo soliciten. El AJC No Discrimina por Razón de Raza, Color, Religión, Sexo, Nacionalidad, Edad, Impedimento Físico o Mental, Afiliación o Creencia Política. El AJC es un Centro Libre de Drogas y Alcohol. Ley Federal "Workforce Innovation and Opportunity Act/WIOA". Financiado con el 100% de los Fondos de la Ley de Innovación y Oportunidades en la Fuerza Laboral (WIOA). Ley Pública 113-128 del 22 de julio de 2014.

We are a Employer with Equal Opportunity in Employment. We have ancillary and support services for people with disabilities who request it. The AJC does not discriminate on the basis of race, color, religion, sex, nationality, age, physical or mental disability, affiliation or political belief. The AJC is a Drug and Alcohol Free Center. Federal Law "Workforce Innovation and Opportunity Act / WIOA". Funded with 100% of the Funds of the Law of Innovation and Opportunities in the Workforce (WIOA). Public Law 113-128 of July 22, 2014.



PARTICIPACIÓN/INFORMACIÓN INDIVIDUAL

PARTICIPATION / INDIVIDUAL INFORMATION

|                                                                      |                      |                                              |                               |                                        |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| Número de Identificación<br>Identification Number                    | Nombre<br>Name       | Inicial<br>Middle Name                       | Apellido Paterno<br>Last Name | Apellido Materno<br>Mother's Last Name |
| <input type="text"/>                                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>          | <input type="text"/>                   |
| Fecha de Información de Elegibilidad<br>Eligibility Information Date |                      | Edad a la Elegibilidad<br>Age to Eligibility |                               |                                        |
| <input type="text"/>                                                 |                      | <input type="text"/>                         |                               |                                        |
| MM DD AÑO/Year                                                       |                      | Edad/Age                                     |                               |                                        |

REQUISITOS BÁSICOS/BASIC REQUIREMENTS

|                                                                  |                            |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Status como ciudadano/Status as a citizen                        | Tipo de Visa: _____        |
| <input type="checkbox"/> Ciudadano USA: Citizen USA:             | Visa type: _____           |
| <input type="checkbox"/> Extranjero Residente: Resident Foreign: | Núm. de Visa: _____        |
| Status en el Servicio Selectivo<br>Selective Service Status      | Visa number _____          |
| <input type="checkbox"/> Si Yes                                  | Fecha de Expiración: _____ |
| <input type="checkbox"/> No Non                                  | Expiration date: _____     |
| <input type="checkbox"/> No Aplica Not applicable                |                            |

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Información adicional de igualdad en el empleo/Additional information equality in employment:                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Impedido Disabled                                                                                                                                       | Categoría de Impedimento: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Si Yes                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> No Non                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Empleo y Educación: Employment and Education:                                                                                                           | 401 - Condición de Elegibilidad del Programa de Seguro por Desempleo: Eligibility/Condition Unemployment Insurance Program                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> No Reveló No Revealed                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Elegible y referido por WPRS/Eligible and referred by WPRS                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 400 - Condición de Empleo a la Participación: Employment Status at Program Entry (WIOA)                                                                 | <input type="checkbox"/> Elegible, pero no referido por WPRS/Eligible, but not referred by WPRS                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Empleado/Employee                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Agotó compensación/Exhausted compensation                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Empleado, pero recibió notificación de cesantía o separación militar/Employee, but received notice of unemployment or military | <input type="checkbox"/> Ni reclamó, ni agotó compensación/Neither claimed nor exhausted compensation                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> No Empleado/Not employed                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sub Empleado/Sub Employee:                                                                                                                              | 409 - Condición Educatva al momento de entrada el programa: Educational Condition at the time the program entered:                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Si Yes                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Estudiante, aún no graduado de Esc. Superior/Student, not yet graduated from High School                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> No Non                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Estudiante en Escuela Alternativa/Alternative School Student                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Estudiante en Programa Post Secundario/Student in Post Secondary Program                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> No estudia, y no posee diploma de Esc. Superior/No studies, and has no high school diploma                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> No estudia, pero posee diploma de Esc. Superior/No studies, but has high school diploma                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 407- Grado académico más alto alcanzado/Highest School Grade completed at program entry (WIOA):                                                         | 408 - Nivel Educativo más alto alcanzado al momento de entrada del programa/Highest Educational Level Completed at Program Entry (WIOA)                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> 00 No ha completado ningún grado escolar You have not completed any grade level                                                | <input type="checkbox"/> 00 No completó ningún nivel educacional Do not complete any educational level                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 01 Completó un grado elemental o secundario Completed an elementary or secondary degree                                        | <input type="checkbox"/> 01 Obtuvo diploma de escuela superior Obtained High School diploma                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> 02 Completó dos grados elementales o secundarios Completed two elementary or secondary grades                                  | <input type="checkbox"/> 02 Obtuvo cert. de equivalencia de escuela superior Obtained certificate of high school equivalency                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 03 Completó tres grados elementales o secundarios Completed three elementary or secondary grades                               | <input type="checkbox"/> 03 Participante con discapacidad que recibe un certificado de asistencia/finalización como resultado de completar con éxito un programa de educación individualizada (PEI)/Participant with a disability who receives a certificate of attendance/completion as a result of successfully completing an individualized education program (PEI) |
| <input type="checkbox"/> 04 Completó cuatro grados elementales o secundarios Completed four elementary or secondary grades                              | <input type="checkbox"/> 04 Completó uno o más años de educación post secundaria Completed one or more age of post secondary education                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 05 Completó cinco grados elementales o secundarios Completed five elementary or secondary grades                               | <input type="checkbox"/> 05 Obtuvo un certificado vocacional o técnico post secundario Obtained a post secondary vocational or technical certificate                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 06 Completó seis grados elementales o secundarios Completed six elementary or secondary grades                                 | <input type="checkbox"/> 06 Completó grado asociado o diploma Completed asociate grade or diploma                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 07 Completó siete grados elementales o secundarios Completed seven elementary or secondary grades                              | <input type="checkbox"/> 07 Bachillerato o grado equivalente Baccalaureate or equivalent degree                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 08 Completó ocho grados elementales o secundarios Completed eight elementary or secondary grades                               | <input type="checkbox"/> 08 Educación más allá de Bachillerato Education beyond Baccalaureate                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 09 Completó nueve grados elementales o secundarios Completed nine elementary or secondary grades                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 10 Completó diez grados elementales o secundarios Completed ten elementary or secondary grades                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 11 Completó once grados elementales o secundarios Completed eleven elementary or secondary grades                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 12 (Completó doce grados elementales o secundarios) Completed twelve elementary or secondary grades                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

INFORMACIÓN DE VETERANOS/VETERANS INFORMATION

|                                                                                      |                                 |                                 |                                                |                                                                           |                                 |                                        |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 300 - Veterano/Veteran                                                               | <input type="checkbox"/> Si Yes | <input type="checkbox"/> No Non | <input type="checkbox"/> No Sabe Does not know | 302 - Campaña: Campaign                                                   | <input type="checkbox"/> Si Yes | <input type="checkbox"/> No Non        | 304 - Fecha de separación: Date of separation |
| 301 - Elegible/Eligible                                                              |                                 |                                 |                                                | 305 - Miembro en transición: Member in transition:                        |                                 |                                        |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sí, sirvió 180 días o menos Yes, it served 180 days or less |                                 |                                 |                                                | <input type="checkbox"/> Si Yes                                           | <input type="checkbox"/> No Non | <input type="checkbox"/> N/A Not apply |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sí, veterano elegible Yes, eligible veteran                 |                                 |                                 |                                                | 306 - Fecha de comienzo de persona cubierta: Start date of covered person |                                 |                                        |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sí, otra persona elegible Yes, another eligible person      |                                 |                                 |                                                | Veterano con barreras sustanciales: Veteran with substantial barriers:    | <input type="checkbox"/> Si Yes | <input type="checkbox"/> No Non        | <input type="checkbox"/> N/A Not apply        |
| <input type="checkbox"/> No Non                                                      |                                 |                                 |                                                | 308 - Veterano sin hogar: Homeless veteran                                | <input type="checkbox"/> Si Yes | <input type="checkbox"/> No Non        | <input type="checkbox"/> N/A Not apply        |

ASISTENCIA PÚBLICA/PUBLIC ASSISTANCE

|                                                                                                                                                                                              |                                                                      |                                    |                                                                       |                                    |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 600 - Asistencia Temporerapara Familias Necesitadas/TANF/Temporary Assistance to Needy Families/TANF                                                                                         | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes                                   | <input type="checkbox"/> No<br>Non | 604 - Otras asistencia pública:<br>Other public assistance recipient: | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes | <input type="checkbox"/> No<br>Non |
| 601 - Agotará TANF dentro de 2 años:<br>Exhausting TANF within 2 years                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes                                   | <input type="checkbox"/> No<br>Non |                                                                       |                                    |                                    |
| 603 - Programa de Asistencia Nutricional/PAN:<br>Supplemental Nutrition Assistance Program/SNAP                                                                                              | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes                                   | <input type="checkbox"/> No<br>Non |                                                                       |                                    |                                    |
| 921 - Programa de Empleo y Adiestramiento relacionado al Programa de Asistencia Nutricional/SNAP:<br>Employment and Training Program related to the Nutritional Assistance Program/SNAP:     |                                                                      |                                    |                                                                       | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes | <input type="checkbox"/> No<br>Non |
| Fecha/Date: _____                                                                                                                                                                            |                                                                      |                                    |                                                                       |                                    |                                    |
| 602 - Beneficiario de Ingreso de Seguro Social/SSI/Seguro de Incapacidad del Seguro Social/SSDI:<br>Beneficiary of Social Security Income / SSI / Social Security Disability Insurance/SSDI: |                                                                      |                                    |                                                                       |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> No/Non                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Si, sólo SSDI/Yes, only SSDI                |                                    |                                                                       |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> Si, sólo SSI/Yes, only SSI                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Si, ambos SSI y SSDI/Yes, both SSI and SSDI |                                    |                                                                       |                                    |                                    |

INFORMACIÓN DE INGRESOS/INCOME INFORMATION

|                                                                                     |          |                                                            |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Ingreso elegible individuo:<br>Individual eligible income:                          | \$ _____ | Ingreso excluido del PAN:<br>Income excluded from the PAN: | \$ _____                                                              |
| Ingresos elegibles en los últimos 6 meses:<br>Eligible income in the last 6 months: | \$ _____ | 802 - Bajos ingresos:<br>Low income:                       | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non |

INFORMACIÓN DE DESPLAZO/DISPLACEMENT INFORMATION

|                                                                                                                                |                                                                                                                                                               |                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 410 - Fecha de desplazamiento/Date of displacement:<br><br>MM DD AÑO/Year                                                      | 402 - Desempleado por Largo Periodo al Momento de entrada al programa/Long-Term Unemployed at Program.                                                        | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non |
|                                                                                                                                | 403 - Código Ocupacional del Empleo más reciente previo a la participación/Occupational Employment Code of most recent prior to participation (If available). | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non |
| 807 - Desplazado doméstico/Domestic displacement:<br><br><input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non | 404 - Código Industrial del Empleo del 1er trimestre previo a la participación/Industry Code of Employment 1st Quarter Prior to Participation.                | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non |
|                                                                                                                                | 405 - Código Industrial del Empleo del 2do trimestre previo a la participación/Industrial Employment Code for the 2nd quarter prior to participation.         | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non |
|                                                                                                                                | 406 - Código Industrial del Empleo del 3er trimestre previo a la participación/Industrial Employment Code for the 3rd quarter prior to participation.         | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non |

CARACTERÍSTICAS ADICIONALES INFORMABLES

|                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 701 - Padre o Madre Soltero(a)/Enbarazada/criando<br>Pregnant or Parenting Youth                                                           | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non | 804 - Deficiente en destrezas básicas/Bajo nivel de alfabetización al momento de entrada al programa<br>Basic Skills Deficient/Low Levels of Literacy at Program Entry | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non |
| 702 - Joven que necesita asistencia adicional<br>Youth who Needs additional Assistance                                                     | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non |                                                                                                                                                                        |                                                                       |
| 704 - Joven en hogar de crianza al momento de entrada al programa (WIOA)<br>Foster Care Youth Status at Program Entry (WIOA)               | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non | 805 - Barreras culturales al momento de entrada al programa (WIOA)<br>Cultural Barriers at Program Entry (WIOA)                                                        | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non |
| 800 - Joven sin hogar escapado(a) de hogar<br>Homeless participant, Homeless Children and Youths, or Runaway Youth at Program Entry (WIOA) | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non | 806 - Padre o Madre Soltero(a) al momento de entrada al Programa (WIOA)<br>Single Parent at Program Entry (WIOA)                                                       | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non |
| 801 - Ofensor(a)<br>Ex-Offender Status at Program Entry (WIOA)                                                                             | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non | Desertor escolar<br>School dropout                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non |
| 803 - Aprendiendo el Idioma Inglés<br>English Language Learner at Program Entry (WIOA)                                                     | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes <input type="checkbox"/> No<br>Non | Califica para 5 %<br>Qualify for 5 %                                                                                                                                   |                                                                       |
|                                                                                                                                            |                                                                       | Necesita educación adicional<br>Needs additional education                                                                                                             |                                                                       |

Comentarios/Comments:

Por la presente certifico que la información aquí contenida es a mi mejor entender, exacta y verídica y que la misma ha sido puesta sin intención de desvirtuar los hechos o cometer fraude. Tengo conocimiento que mi caso está sujeto a verificación y que determinarse que soy inelegible será descalificado para participar en los programas de la agencia, y que estaré sujeto al reembolso de cualquier pago que haya recibido/I hereby certify that the information contained herein is to my best understanding, accurate and truthful and that it has been put in place without intent to distort the facts or commit fraud. I am aware that my case is subject to verification and that determining that I am ineligible will be disqualified to participate in the agency's programs, and that I will be subject to reimbursement of any payment received.

Firma del Cliente/Client's signature

|                                                   |                                                                   |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| _____<br>Firma del Cliente/Client's signature     | _____<br>Fecha/Date                                               |
| Nombre del Funcionario/Authorized Official's Name | Firma del Funcionario Autorizado/Signature of Authorized Official |
| _____                                             | _____                                                             |



ÁREA LOCAL  
DE DESARROLLO LABORAL  
SUROESTE



Área Suroeste

Plaza Píto Carr. # 2 Km. 170.0 Bto. Hoconuco P.O. Box 246 San Germán, Puerto Rico 00683  
Tel. (787) 787-892-1000 Fax (787) 892-5540 TTY (787)-892-2935 Libre de Cargos 1-800-981-8155

REGISTRO/REGISTRY

|                                                   |                                 |                                            |                               |                                        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| Número de Identificación<br>Identification Number | Nombre<br>Name                  | Inicial<br>Middle Name                     | Apellido Paterno<br>Last Name | Apellido Materno<br>Mother's Last Name |
| <div></div>                                       |                                 |                                            |                               |                                        |
| Fecha de Participación/Participation Date         | Fecha de Salida/Exit Date       | Otras razones de salida/Other Exit Reasons |                               | Edad/Age                               |
| <div></div><br>M M D D AÑO/Year                   | <div></div><br>M M D D AÑO/Year | <div></div>                                |                               |                                        |

ROGRAMA WP Y OTROS/ PROGRAM WP AND OTHERS

|                                                                                 |                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 914 - Veteranos:<br>Veterans                                                    | Fecha de comienzo/Start date<br><div></div><br>M M D D AÑO/Year |
| 918 - Wagner Peyser:<br>Wagner Peyser                                           | <div></div><br>M M D D AÑO/Year                                 |
| 912 - Programa nacional de trab. agrícolas:<br>National Farmworkers Job Program | <div></div><br>M M D D AÑO/Year                                 |

PROGRAMAS WIOA 1B/ PROGRAM WIOA 1B

|                                                                                  |                                                                 |                                                                                       |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Referido WP WIOA<br>Referral WP WIOA                                             | <input type="checkbox"/> Si<br>Yes                              | <input type="checkbox"/> No<br>No                                                     | <input type="checkbox"/> Desconocido/Unknown                    |
| 903 - Adultos:<br>Adults                                                         | Fecha de comienzo/Start date<br><div></div><br>M M D D AÑO/Year | Adultos (Statewide):<br>Adults (Statewide):                                           | Fecha de comienzo/Start date<br><div></div><br>M M D D AÑO/Year |
| 904 - Desplazados:<br>Dislocated worker                                          | <div></div><br>M M D D AÑO/Year                                 | Desplazados (Statewide):<br>Displaced (Statewide):                                    | <div></div><br>M M D D AÑO/Year                                 |
| 905 - Jóvenes:<br>Youths                                                         | <div></div><br>M M D D AÑO/Year                                 | Jóvenes (Statewide):<br>Youths (Statewide):                                           | <div></div><br>M M D D AÑO/Year                                 |
| <input type="checkbox"/> Si, sólo Fondos Estatales/Yes, only State Funds         |                                                                 | <input type="checkbox"/> Si, Fondos Combinados/Yes, Combined Funds                    |                                                                 |
| <input type="checkbox"/> No/No                                                   |                                                                 |                                                                                       |                                                                 |
| 907 - Trabajador incumbente:<br>Incumbent worker:                                | <div></div><br>M M D D AÑO/Year                                 | 934 - Código de evento programa respuesta rápida:<br>Rapid Response Event Number      |                                                                 |
| 908 - Respuesta rápida:<br>Rapid Response                                        | <div></div><br>M M D D AÑO/Year                                 | Fondos Emergencia Nacional (NEG), Código 1:<br>National Emergency Fund (NEG), Code 1: |                                                                 |
| 909 - Resp. Rápida (Asist. adicional):<br>Rapid Response (Additional Assistance) | <div></div><br>M M D D AÑO/Year                                 |                                                                                       |                                                                 |
| Prog. de asist. por catástrofe (NEG):<br>Catastrophe Assistance Program (NEG):   | <div></div><br>M M D D AÑO/Year                                 | Fondos Emergencia Nacional (NEG), Código 2:<br>National Emergency Fund (NEG), Code 2: |                                                                 |

OTROS PROGRAMAS

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 910 - Educ. para Adultos:<br>Adult Education (WIOA)                                                         | 931 - Programa de Aprendizaje Registrado<br>Registered Apprenticeship Program                                                                                            |
| 911 - Job Corps (WIOA):<br>Job Corps (WIOA)                                                                 | 932 - Prog. Nac.Trab. Desplazados/DWG<br>National Dislocated Worker Grants/DWG                                                                                           |
| 913 - Programa Indios y Nativos E.U.:<br>Indian and Native American Programs                                | 938 - H-1B (H-1B)<br>H-1B (H-1B)                                                                                                                                         |
| 916 - Educación Vocacional (WIOA):<br>Vocational Education (WIOA)                                           | 939 - Participante del Programa de<br>Educación Individualizada para<br>Impedidos<br>Individual with Disability Individualized<br>Education Program for Disabled Persons |
| 917 - Rehabilitación Vocacional:<br>Vocational Rehabilitation (WIOA)                                        | 940 - Con Impedimentos Plan Sección 504<br>de la Ley de Rehabilitación<br>Vocacional<br>Individual with Disability Section 504 Plan                                      |
| 919 - YouthBuild (HUD) (WIOA):<br>YouthBuild (HUD) (WIOA):                                                  |                                                                                                                                                                          |
| 920 - Programa de Empleo del<br>Servicio Comunitario para<br>Senior Community Service Employment<br>Program |                                                                                                                                                                          |

|                                                              |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Firma del Cliente/Client's Signature                         | Fecha/Date                                                        |
| Nombre del Funcionario Autorizado/Authorized Official's Name | Firma del Funcionario Autorizado/Signature of Authorized Official |



Plaza Pitito Carr. # 2 Km. 170.0 Bo. Hoconuco P.O. Box 246 San Germán, Puerto Rico 00683  
Tel. (787) 787-892-1000 Fax (787) 892-5540 TTY (787)-892-2935 Libre de Cargos 1-800-981-8155



☐ Original/Original  
☐ Cambio/Change

Número de Proyecto/Project Number: \_\_\_\_\_

| SERVICIO BÁSICO/BASIC SERVICES                                                                                                                                                                                                 |                |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                             |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Número Identificación<br>ID Number                                                                                                                                                                                             | Nombre<br>Name | Inicial<br>Middle Name                                                                                                      | Apellido Paterno<br>Last Name                                                                                                                                                               | Apellido Materno<br>Mother's Last Name |
| TIPO/KIND                                                                                                                                                                                                                      |                |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1000 - Fecha del Primer Servicio de Carrera (Auto Servicios)<br>Date of First Basic Career Service (Self Service)                                                                                     |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1106 - Fecha más reciente que fue Referido(a) a un<br>Adiestramiento Federal<br>Most Recent Date Referred to Federal Training                                      |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1001 - Fecha del Primer Servicio de Carrera (Asistido por el personal del CGU)<br>Date of First Basic Career Service (Staff-Assisted)                                                                 |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1107 - Fecha más Reciente que fue Colocado(a) en un Adiestramiento<br>Federal<br>Most Recent Date Placed in Federal Training                                       |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1002 - Fecha más reciente que recibió Servicios de Carrera Básicos (Auto Servicios)<br>Most Recent Date Received Basic Career (Self Service)                                                          |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1108 - Fecha más reciente que fue Referido(a) a un Empleo<br>Federal<br>Most Recent Date Referred to Federal Job                                                   |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1003 - Fecha más reciente que recibió Servicios de Carrera Básicos (Asistido por el personal del CGU)<br>Most Recent Date Received Basic Career Services (Staff- Assisted)                            |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1109 - Fecha mas reciente que fue Referido(a) a un Empleo con<br>Contratista Federal<br>Most Recent Date Referred to Federal Contractor Job                        |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1004 - Fecha más reciente que recibió Servicios de Carrera (WIOA)<br>Date of Most Recent Career Service (WIOA)                                                                                        |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1110 - Fecha más Reciente que fue Colocado(a) en un Empleo<br>Federal<br>Most Recent Date Entered Into Federal Job                                                 |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1005 - Fecha más reciente que recibió Servicios por el personal (Especialista en DVOP)<br>Most Recent Date Received Staff-Assisted Services (DVOP specialist)                                         |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1111 - Fecha mas reciente que fue Colocado(a) a un Empleo con<br>Contratista Federal<br>Most Recent Date Entered Into Federal Contractor Job                       |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1006 - Fecha de Referido al Programa de Rehabilitación Vocacional del Depto. De Asuntos del Veterano<br>Date Referred to Depart. of Veterans Affairs Vocational Rehabilitation and Employment Program |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1112 - Fecha más reciente que recibió Asistencia de Seguro por<br>Desempleo<br>Most Recent Date Received Unemployment Insurance (UI) Claim Assistance              |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1100 - Fecha más reciente que accedió Actividades Informativas Solamente Auto Servicio<br>Most Recent Date Accessed Self-Service Information-Only Activities                                          |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1113 - Fecha mas reciente que fue referido(a) a otra Asistencia<br>Federal/Estatal<br>Most Recent Date Referred to Other Federal/State Assistance                  |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1101 - Fecha más reciente que accedió a servicios informativos de la Fuerza Laboral Auto-Servicio<br>Most Recent Date Accessed Self-Service Workforce Information Services                            |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1114 - Referido(a) programa "Jobs for Veterans State Grants<br>Referred to Jobs for Veterans State Grants (JVSG) Services                                          |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1102 - Fecha más reciente que recibió Servicios de Consejería de Carreras asistido por el personal<br>Most Recent Date Received Staff-Assisted Career Guidance Services                               |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1115 - Referido(a) Servicios Depto. de Asuntos del Veterano<br>Referred to Department of Veterans Affairs (VA) Services                                            |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1103 - Fecha más reciente que recibió información sobre de la Fuerza Laboral Asistido por el personal<br>Most Recent Date Received Staff-Assisted Workforce Inform. Services                          |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1116 - Fecha más reciente que recibió Servicios de Carrera Básicos asistidos (otros)<br><br>Most Recent Date Received Staff-Assisted Basic Career Services (Other) |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1104 - Fecha más reciente que recibió Actividades de Búsqueda de Empleo asistido por el personal<br>Most Recent Date Received Staff-Assisted Job Search Activities                                    |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1500 - Recibió pagos basados en necesidad<br>Received Needs-Related Payments                                                                                       |                                        |
| <input type="checkbox"/> 1105 - Fecha más reciente que fue referido(a) a un empleo<br>Most Recent Date Referred to Employment                                                                                                  |                |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1501 - Fecha más reciente que recibió Servicios de Seguimiento<br>Most Recent Date Received Follow-up Services                                                     |                                        |
| DESCRIPCIÓN/DESCRIPTION                                                                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                             |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| ACTIVIDAD/ACTIVITY                                                                                                                                                                                                             |                |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                             |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| Fecha de Comienzo/Start Date                                                                                                                                                                                                   |                | Fecha de Terminación/Finish Date                                                                                            |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>MMDDAño/Year</div>                                                                                                    |                | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>MMDDAño/Year</div> |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| Horas estimadas: _____<br>Estimated hours: _____<br>Tipo de salario: <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Por hora<br>Type of salary: Wage-earner Per hour                                             |                | Horas actuales: _____<br>Current hours: _____<br>Salario: \$ _____<br>Salary: _____                                         |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| SERVICIOS DE APOYO/SOSTÉN                                                                                                                                                                                                      |                |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| 1409 - Fecha más reciente que recibió Servicios de Sostén/Most Recent Date Received Supportive Services                                                                                                                        |                | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>MMDDAño/Year</div> |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| Incentivo económico : \$ _____<br>Economic incentive:                                                                                                                                                                          |                | Dietas : \$ _____<br>Diets:                                                                                                 |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| Incentivo experiencia de trabajo : \$ _____<br>Work experience incentive:                                                                                                                                                      |                | Servicios para impedidos/Cantidad : \$ _____<br>Services for handicapped/Quantity:                                          |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| Transportación : \$ _____<br>Transportation:                                                                                                                                                                                   |                | Servicios de relocalización: \$ _____<br>Relocation services:                                                               |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| Servicios médicos : \$ _____<br>Medical services :                                                                                                                                                                             |                | Consejería personal: \$ _____<br>Personal Counseling:                                                                       |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| Hospedaje/Cantidad : \$ _____<br>Accommodation/Quantity:                                                                                                                                                                       |                | Consejería sobre alcohol y drogas: \$ _____<br>Alcohol and drug counseling:                                                 |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| Cuido de niños : \$ _____<br>Child care:                                                                                                                                                                                       |                | Asesoramiento financiero: \$ _____<br>Financial advice:                                                                     |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| Cuido de dependientes : \$ _____<br>Dependent care:                                                                                                                                                                            |                | Asesoramiento legal: \$ _____<br>Legal advice:                                                                              |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| Firma del Cliente/Client Sign                                                                                                                                                                                                  |                | Fecha/Date                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| _____                                                                                                                                                                                                                          |                | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>MMDDAño/Year</div> |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| Nombre Funcionario Autorizado/Authorized Official's Name                                                                                                                                                                       |                | Firma del Funcionario Autorizado/Signature of Authorized Official                                                           |                                                                                                                                                                                             |                                        |
| _____                                                                                                                                                                                                                          |                | _____                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                             |                                        |

☐ Adulto

☐ Trab. Desplazado

☐ Otro \_\_\_\_\_



ÁREA LOCAL  
DE DESARROLLO LABORAL  
SUROESTE



Área Local de Desarrollo Laboral del Suroeste/ALDLS  
Plaza Pitito Carr. # 2 Km. 170.0 Bo. Hoconuco P.O. Box 246 San Germán, Puerto Rico 00683  
Tel. (787) 787-892-1000 Fax (787) 892-5540 TTY (787)-892-2935 Libre de Cargos 1-800-981-8155

EVALUACIÓN COMPRENSIVA

Información Confidencial Centrada en el Cliente

I. Identificación del Cliente:

Nombre y Apellidos

Número de Identificación

Edad

Dirección Residencial

Teléfono

Dirección Postal

Estado Civil:

☐ Soltero(a)

☐ Casado(a)

☐ Viudo(a)

☐ Divorciado(a)

☐ Unión Consensual

II. Composición Familiar: Nombre las personas con quién vive:(Incluyéndose a usted).

| Nombre | Edad | Parentesco Familiar | Ocupación | Condición de Salud |
|--------|------|---------------------|-----------|--------------------|
|        |      |                     |           |                    |
|        |      |                     |           |                    |
|        |      |                     |           |                    |
|        |      |                     |           |                    |
|        |      |                     |           |                    |
|        |      |                     |           |                    |
|        |      |                     |           |                    |

III. Ingreso Familiar

☐ Seguro Social \$

☐ Pensión \$

☐ Salario \$

☐ Ben. Seg. Desemp. \$

☐ Pen. Alimenticia \$

☐ PAN \$

☐ TANF \$

☐ Otros, Especifique

IV. Recursos para el cuido de los niños y/o dependientes: (Si Apica).

☐ Familiar

☐ Vecino

☐ Otro Cuido

☐ Ninguno

Número de menores y/o dependientes que necesitan cuido

V. Transportación

¿Tiene necesidad de Transportación?

☐ Si

☐ No

Explique

¿De que manera llega a los lugares?

☐ Caminando☐ Público

☐ Privado☐ Otro

VI. Educación y Adiestramiento

Preparación Académica - Indique el último grado aprobado.

Institución Académica:

Grado:

☐ Desertor Escolar

Razón para no completar estudios y/o Adiestramiento:

Fecha de comienzo:

Fecha de Terminación:

Curso:

☐ General☐ Comercial

☐ Ley 188☐ Espec. Probl. Aprendizaje

☐ Vocacional

☐ Universitario☐ Otros:

¿ Que destrezas posee en idiomas?

☐ Español☐ Lee

☐ Habla☐ Escribe

☐ Language Señas☐ Braile

☐ Inglés☐ Lee

☐ Habla☐ Escribe

☐ Language Señas☐ Braile

¿Qué destrezas adicionales posee?

☐ Destrezas en Matemáticas

☐ Otras, Especifique:

VII. Historial de Trabajo

Mencione las dos experiencias de empleo mas recientes.

Primera Experiencia de Trabajo

| Nombre del Patrono | Posición | Fecha de Duración<br>Comienzo y Terminación<br>Día/Mes/Año | Razón para dejar el Empleo |
|--------------------|----------|------------------------------------------------------------|----------------------------|
| a.                 |          |                                                            |                            |
|                    |          |                                                            |                            |

Tareas realizadas.

Destrezas adquiridas.

Destrezas obtenidas en la búsqueda de empleo.

Destrezas adquiridas para retener un empleo.

Segunda Experiencia de Trabajo

| Nombre del Patrono | Posición | Fecha de Duración<br>Comienzo y Terminación<br>Día/Mes/Año | Razón para dejar el Empleo |
|--------------------|----------|------------------------------------------------------------|----------------------------|
|--------------------|----------|------------------------------------------------------------|----------------------------|

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| b. |  |  |  |
|    |  |  |  |

Tareas realizadas.

Destrezas adquiridas.

Destrezas obtenidas en la búsqueda de empleo.

Destrezas adquiridas para retener un empleo.

¿Que dificultad (es) o limitación (es) ha tenido para obtener un empleo?

¿Que tipo de trabajo le gustaría realizar?

¿Le han administrado Pruebas Psicométricas

☐ Si

☐ No

Fecha:

¿Que actividades de tiempo libre realiza que estén relacionadas al mundo del trabajo?

VIII. Salud (Especifique)

¿Tiene alguna condición física que requiera tratamiento? ☐ Si ☐ No

Mencione: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna condición Mental/Emocional que requiera tratamiento? ☐ Si ☐ No

Mencione: \_\_\_\_\_

¿Tiene Plan Médico? ☐ Gobierno ☐ Privado ☐ Si ☐ No

Mencione: \_\_\_\_\_

¿Recibe o ha recibido servicios de Rehabilitación Vocacional? ☐ Si ☐ No

Mencione: \_\_\_\_\_

IX. Consejería para lograr metas

|                                                    | Fecha | Actividad | Tema |
|----------------------------------------------------|-------|-----------|------|
| <input type="checkbox"/> Consejería Individual     |       |           |      |
| <input type="checkbox"/> Consejería Grupal         |       |           |      |
| <input type="checkbox"/> Orientación               |       |           |      |
| <input type="checkbox"/> Referido a otras agencias |       |           |      |

X. Servicios Auxiliares: Identificar y evaluar necesidades de servicios de sostén

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certifico que he sido orientado de los servicios en el cuales voy a participar y que se me efectuará un seguimiento para evaluar el mejoramiento continuo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre y/o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Manejador de Casos y/o Funcionario Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

☐ Evaluación Comprensiva

## RESUMEN DEL PROBLEMA OCUPACIONAL

Firma del Manejador de Casos y/o Funcionario Autorizado

Fecha



**ÁREA LOCAL**  
DE DESARROLLO LABORAL

---

SUROESTE



Plaza Pitito Carr. # 2 Km. 170.0 Bo. Hoconuco P.O. Box 246 San Germán, Puerto Rico 00683  
Tel. (787) 787-892-1000 Fax (787) 892-5540 TTY (787)-892-2935 Libre de Cargos 1-800-981-8155

**Plan Individual de Empleo/PIE**

| Nombre y Apellidos del Participante          |                                                           | Número de Identificación |                                                |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Fondos que Sufragarán las Actividades</b> |                                                           |                          |                                                |
| <input type="checkbox"/>                     | Título I de WIOA o Reserva del Gobernador                 | <input type="checkbox"/> | Título V de la Ley de Americanos Envejecientes |
| <input type="checkbox"/>                     | Adultos                                                   | <input type="checkbox"/> | Actividades de Empleo y Adiestramiento-CSBG    |
| <input type="checkbox"/>                     | Participación Concurrente                                 | <input type="checkbox"/> | Seasonal Migrant Farmworker                    |
| <input type="checkbox"/>                     | Trabajador Desplazado                                     | <input type="checkbox"/> | TAA ó NAFTA/TAA                                |
| <input type="checkbox"/>                     | Título I de WIOA-Job Corps                                | <input type="checkbox"/> | Otros _____                                    |
| <input type="checkbox"/>                     | Título II de WIOA-Educación para Adultos y Alfabetización | <input type="checkbox"/> |                                                |
| <input type="checkbox"/>                     | Educación Vocacional Post-Secundaria                      | <input type="checkbox"/> |                                                |
| <input type="checkbox"/>                     | Título IV de WIOA-Rehabilitación Vocacional               |                          |                                                |

A. Metas Ocupacionales o Metas de Estudio/Planificación de Carreras

Meta Principal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Meta Alterna:

### B. Actividades y Servicios Recomendados para lograr la meta

## Programa o Actividades Educativas de Empleo y Adiestramiento

Educación para Adultos y Alfabetización en combinación con Adiestramiento, Destrezas Básicas, Inglés como segundo idioma, Destrezas de Empleabilidad, Experiencia de Trabajo (permitida para Desplazados sólo cuando es un Empleo de Emergencia), Educación Vocacional Post-Secundaria, ITA, OJT, Combinado (Aprendizaje u otro ), Destrezas Empresariales, Adiestramiento a la Medida, Mejoramiento Ocupacional (upgrading), Experiencia de Trabajo, Creación de Empleos y OJT.

| Servicios y Actividades para Lograr las Metas |                               | Fecha Frecuencia Servicios | Funcionario | Comentarios |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------|-------------|
| <input type="checkbox"/>                      | Consejería Individual         |                            |             |             |
| <input type="checkbox"/>                      | Consejería Grupal             |                            |             |             |
| <input type="checkbox"/>                      | Orientación Grupal            |                            |             |             |
| <input type="checkbox"/>                      | Referimiento a Otras Agencias |                            |             |             |

| Actividades Progamáticas | Fechas Com. Term. | Ocupación | Lugar de Ubicación |
|--------------------------|-------------------|-----------|--------------------|
|                          |                   |           |                    |
|                          |                   |           |                    |
|                          |                   |           |                    |
|                          |                   |           |                    |
|                          |                   |           |                    |
|                          |                   |           |                    |
|                          |                   |           |                    |
|                          |                   |           |                    |
|                          |                   |           |                    |
|                          |                   |           |                    |

Comentarios

☐ Servicios de Sostén

☐ Incentivo Económico

☐ Incentivo ET

☐ Transportación

☐ Servicios Médicos

☐ Hospedaje

☐ Cuido de Niños

☐ Dieta

☐ Servicios Especiales y Materiales Para Personas con Impedimento

☐ Servicios de Relocalización

\$

☐ Consejería Personal (Psicológica)

☐ Consejería sobre Alcohol

☐ Consejería sobre Drogas

☐ Consejería Financiera

☐ Consejería Legal

☐ Otros

## Comentarios

[illegible]

## Certificación

Certifico que he participado en el desarrollo del Plan Individual de Empleo y entiendo:

- ⇒ Los Programas y actividades en que podría participar, y que están sujetos a la disponibilidad de los fondos.
- ⇒ Los períodos de tiempo de participación.
- ⇒ Las actividades de colocación dirigidas a ubicarme en un empleo no subsidiado.
- ⇒ Mis responsabilidades de realizar gestiones de empleo por cuenta propia para lograr emplearme en un trabajo no subsidiado por el gobierno.

Comprendo que no es un contrato y que el mismo puede ser modificado por mutuo acuerdo.

Firma del Participante

Fecha (mes/día/año)

Firma del Manejador de Casos y/o Funcionario Autorizado

Fecha (mes/día/año)

*Somos un Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo. Contamos con Servicios Auxiliares y de Apoyo para Personas con Impedimento que así lo soliciten. El ALDLS/AJC No Discrimina por Razón de Raza, Color, Religión, Sexo, Nacionalidad, Edad, Impedimento Físico o Mental, Afiliación o Creencia Política. El ALDLS/AJC es un Centro Libre de Drogas y Alcohol. Ley Federal "Workforce Innovation and Opportunity Act/WIOA". Financiado con el 100% de los Fondos de la Ley de Innovación y Oportunidades en la Fuerza Laboral (WIOA). Ley Pública 113-128 del 22 de julio de 2014.*