

**POLITICA PÚBLICA RELACIONADA AL CRITERIO DE ELEGIBILIDAD
APRENDIZ DEL IDIOMA INGLES PARA EL PROGRAMA DE JÓVENES**

Sección 1era. La Junta Local de Desarrollo Laboral del Suroeste, Inc., establece como Política Publica basada en la Ley Pública 113-128, Ley de Oportunidades y de Innovación para la Fuerza Laboral, (WIOA, por sus siglas en inglés), el Criterio de Elegibilidad para Aprendiz del Idioma Inglés para el Programa de Jóvenes, según se señala.

Sección 2da. Base de Ley

Ley Pública 113-128, Ley de Oportunidades y de Innovación para la Fuerza Laboral, (WIOA, por sus siglas en inglés), Secciones 129(a)(1)(B)(iii)(III)(bb) y 129(a)(1)(C)(IV)(II).

Sección 3ra. El término Aprendiz del Idioma Inglés, según la Sección 203(7) cuando se usa con respecto a un participante, significa que un individuo elegible tiene capacidad limitada en lectura, escribiendo, hablando, o comprendiendo el idioma inglés, y presenta los siguientes criterios para determinarlo elegible bajo el mismo:

1. Joven cuyo idioma nativo es un idioma distinto al inglés, *(en el área suroeste y a nivel de Puerto Rico, el idioma oficial es el español)*; o
2. Joven que vive en un ambiente familiar o comunitario donde el idioma que no sea el inglés es el idioma dominante *(en el área suroeste y a nivel de Puerto Rico, el idioma oficial es el español)*.

Criterios Adicionales para Definir a un joven como Aprendiz del Idioma Inglés:

1. Jóvenes que están fuera de la escuela entre las edades de 16 a 24 años, además de que pueden tener su Diploma de Escuela Secundaria o su Equivalente, ser de Bajos Ingresos, también pueden considerarse como Aprendiz del Idioma Inglés, según la Sección 129(a)(1)(B)(iii)(III)(bb).
2. Jóvenes que están en la escuela entre las edades de 14 a 21 años este criterio se tomará en consideración de elegibilidad para considerarse Aprendiz del Idioma Inglés, según la Sección 129(a)(I)(C)(IV)(II).

Sección 4ta. Documentos Aceptables para la Determinación del Elegibilidad

Que cumpla con uno o más de los siguientes documentos:

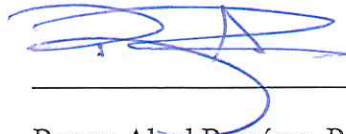
1. Prueba TABE como prueba estandarizada como documento aceptable para cumplir con el criterio requerido
2. Transcripción de Crédito o Certificación Escolar de una Institución Acreditada.

3. Declaración del Cliente donde certifica su limitación en el Idioma Inglés.

Sección 5ta. Esta política pública comenzará a regir inmediatamente una vez sean aprobada por esta Junta.

Documentos de Apoyo: AJC-AP-034 Rev. Mayo 2017, AJC-PJ-048 Rev. Mayo 2017, AJC-AP-025 Rev. Julio 2018, AJC-MIS-051 Rev. Enero 2018.

En San Germán, Puerto Rico, hoy 26 de abril de 2019.



Roque Abad-Ramírez, Presidente Junta Local WDB



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

SOLICITUD DE SERVICIO PARA EL PROGRAMA DE JÓVENES

Solicitamos la información relacionada con tus intereses, el grupo familiar, escolaridad e ingresos. Estos datos serán utilizados para determinar la elegibilidad al programa. Es indispensable que al asistir a la entrevista inicial entregues este formulario completo en todas sus partes y los documentos que a continuación solicitamos:

- 1. Evidencia de la Tarjeta de Seguro Social.
- 2. Ciudadanía Americana
*Certificado de Nacimiento, Pasaporte de E.U. u otro documento que evidencie la ciudadanía americana.*Si es extranjero, copia de Tarjeta de Residencia I-551 ó Pasaporte con I-9.
- 3. Dirección Residencial y Evidencia de la Dirección Postal.
*Factura de Luz, Agua, Teléfono o Certificación de Renta.
- 4. Ingreso Familiar.
*Talonario de Pago o Certificación de Empresa o Agencia de Trabajo.*Certificación de Seguro Social (Pensiones).*Certificación de Servicios Sociales (Asistencia Nutricional o Económica).
- 5. Inscripción Servicio Selectivo.
*Carta de Servicio Selectivo, Tarjeta o Verificación Vía Internet (Varón 18 años o más).
- 6. Impedimento Físico o Mental
*Certificación Médica para impedimento físico o mental no visible.

Los documentos deben ser recientes (a los que aplique).

Certificación Escolar

Certifico que _____
Nombre y dos Apellidos

Seguro Social _____ Edad _____ Teléfono Residencial _____

Dirección Residencial _____

Dirección Postal _____

Soy o fui
estudiante de: _____ en la escuela _____
Grado Nombre de la Escuela

Último Grado Escolar Aprobado: _____
y participante en los programas de:

- ☐ Educación Compensatoria bajo el Capítulo I de la Ley de Educación Elemental y Secundaria.
- ☐ Otros; Explique: _____

☐ Es un Joven Física o Mentalmente Impedido Si No
☐ ☐

Indique el tipo de Impedimento _____

Índice Académico del Estudiante: ☐ Cursa Estudios Universitarios _____
Año Aprobado

General
Matemáticas
Español
Inglés

☐ No Estudia

Razón para suspender los estudios: _____

Fecha que se dio de baja: _____

Certifico que la información anterior es correcta y fue recopilada del expediente del estudiante:

Nombre del Director Escolar, Registrador o Maestro de Salón Hogar _____ Fecha _____

Firma del Director Escolar, Registrador o Maestro de Salón Hogar _____

Sello Escolar _____

Nota: Los estudiantes universitarios podrán sustituir esta parte por la transcripción de créditos o por el programa de clases del semestre regular.

Intereses:

De las siguientes áreas cuál o cuáles son de tú interés. Seleccione con una equis (X) las de su preferencia.

Mantenimiento y Ornato

Trabajo Clerical de Oficina

Tutoría

Estudios o Educación Remedial

Recreación

Otros, especifique: _____

Núcleo Familiar, Ingresos y Certificación de Ingreso (Incluya al Solicitante)				
Nombre	Edad	Parentesco Con el Solicitante	Ocupación	Salario Mensual
		SOLICITANTE		

	Empleo Propio	Fecha		Salario Semanal	Salario Mensual
		Desde	Hasta		
	*Ingresos Adicionales	Cantidad			

*Incluya evidencia de los ingresos de pensiones, renta, seguro social y otras. Si recibe asistencia económica y/o nutricional (sólo incluya esta evidencia).

Certifico que toda la información en este formulario es correcta y sin intención de desvirtuar los hechos y cometer fraude. Tengo conocimiento de que mi caso está sujeto a verificación y de determinar que soy inelegible, seré descalificado para participar en los programas del AJC y estaré sujeto a reembolso de cualquier pago que hubiese recibido. De ser considerado favorablemente autorizo a mi hijo(a) a participar en las Actividades para el Programa de Jóvenes.

Firma del Padre o Encargado (Menor de 18 años)

Firma del Solicitante

Fecha

Fecha

Nota: Para ser completada por un vecino (No por un familiar cercano)

Certificación de Colateral de Grupo Familiar

Yo, _____, certifico que conozco a _____, que su grupo familiar consta de _____ miembro (s) y la información ofrecida es exacta y verídica.

Firma del Vecino

Fecha

Nota: Para ser completada por un vecino (No por un familiar cercano). Esta colateral aplica solamente para los jefes de familia cuyos ingresos provienen de su negocio o trabajo realizados por su cuenta.

Certificación de Colateral de Grupo Familiar

Yo, _____, certifico que conozco a _____, que su ingreso mensual consta de _____. La información ofrecida es exacta y verídica.

Dirección:

Firma del Vecino

Fecha



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

COTEJO DE DOCUMENTOS PARA CERTIFICAR ELEGIBILIDAD PARA WIOA

Título I WIOA

- ☐ Jóvenes (14 - 21 Años)
- ☐ Jóvenes (16-24 años)
- ☐ Joven 5%
- ☐ Adultos
- ☐ Trab.Desplazados
- ☐ Otros (Indique)

Nombre del Cliente _____ Seguro Social _____

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:

Requisitos de Elegibilidad	Documentos	Documentos Entregados		Comentarios
		SI	NO	
Ciudadanía	Certificado de Nacimiento P.R., E.U. y sus Territorios Islas Vírgenes, Northern Mariana Island y Guam *Número de Certificado Nacimiento:			
Nacidos en EU y Sus Territorios	Certificado de Naturalización			
	Certificado de ciudadanía			
	Otros			
Inmigrante Residente	Tarjeta de confirmación de registro de extranjero residente (I-551)			
Seguro Social	Cert.SS (AJC-AP-050),Carta,Carta Benf., Forma W-2,DD-214,etc. Otros.			
Ciudadanía y Extranjero Residente,	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.			
	Administración del Seguro Social			
	Certificado de revisión o licencia del servicio activo (DD-214).			
	Solo para ciudadanos nacidos en EU y sus territorios.			
	Certificado de Bautismo			
	Certificado de Nacimiento			
Residente Área Local de Servicios	Otros			
	Factura o Recibo de agua, luz, gas, teléfono.			
	Certificado de Renta, Residencia, Cliente, Vecino			
Requisitos Económicos	Otros			
	Documentos del Departamento de la Familia			
	Asistencia Nutricional (PAN)			
	Asistencia Económica (AE)			
	Residente Hogar Sustituto			
Comp. Familiar	Talonnario de Pago (Ambos Padres)			
	Certificación Composición Familiar (AJC-MIS-041)			
Persona con Impedimento	Certificación Médica o Prof. de Práctica Privada, Otros			
Veterano	Certificado de revisión o licencia del servicio activo (DD-214).			
Licencias	Chofer, Conducir, Profesionales, Técnicas,etc.,Indique			
Trabajador 55 Años o Más	Certificado de Nacimiento			
Inscripción en el Servicio Selectivo (Si Aplica)	Carta de registración al SSS Form 3A ó 3AS			
	Otros: Enumere.			
Pobre Historial de Empleo	Certificación Manejador de Casos			

Requisitos de Elegibilidad	Documentos	Documentos Entregados		Comentarios
		SI	NO	
Sustitución Desventaja Económica	Elegible al ser incluido en el 5% por una o más de las Barreras para Empleo de Jóvenes en Act. Verano			
Asistencia Adicional al Joven Resolución de Política Pública	* Tiene nivel escolar por debajo del nivel de grado apropiado a su edad cronológica.			Explique:
	* Residentes: Comunidad aislada, comunidad de extrema pobreza y residencial público.			
	* Tiene uno o más impedimentos, incluyendo deficiencia para el aprendizaje.			
	* Un individuo que requiere asistencia adicional para completar un programa educacional.			
	* Un individuo que no tiene destrezas ocupacionales para emplearse, asegurar o mantener un empleo.			
Ofensor	Certificado de Antecedentes Penales			
	Otros: Enumere.			
Desp. Tareas Domésticas	Cert. Dept. Familia, Cert. Trab. Desp. Tareas Domésticas			
Limitado en Idioma Inglés	Cert. Escolar o Transcripción de Crédito			
Desertor Escolar	Certificación de Baja Escolar			
	Otros: Enumere.			
Deambulante o Joven que abandonó el hogar	Certificación del Individuo Proveedor de Residencia Temporera.			
Desplazado	Evidencia de Desplazo (Ir a página 3)			
Otros	Otros: Enumere.			
Barreras Adicionales para el Empleo - Deficiencia en Destrezas Básicas				
	Bajos Ingresos			
	Embarazada o con dependientes menores de 18 años			
	Limitado(a) en destrezas básicas			
	Aprendiendo el idioma inglés			
	Barreras Culturales			
	Padre/Madre Soltera			
	Posee barreras severas para emplearse			
	En hogar de crianza u orfanato			
	Otros: Enumere.			
Certificación del Solicitante				

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 CGU del AJC, y estaré sujeto al reembolso de cualquier pago que hubiere recibido.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Padre o Encargado

Firma Funcionario que completa el Formulario

Certificación del Manejador de Casos y/o Funcionario Autorizado

Certifico que es ☐ elegible ☐ no elegible, explique: _____

☐ elegible al ser incluido en el 5% por la barrera de empleo _____

Firma del Manejador de Casos y/o Funcionario Autorizado

Fecha

Categorías	Requisitos de Elegibilidad (Generales)	Documentos	Documentos Entregados		Comentarios
			SI	NO	
Categoría 1 Trabajador Desplazado por Terminación o Suspensión	Trabajador que ha terminado o ha sido suspendido o que ha recibido una notificación de terminación o suspensión.	Notificación de terminación o suspensión			
		Verificación Telefónica de Terminación o Suspensión de Empleo (AJC-TD-028).			
		Declaración del Solicitante (AJC-TD-022).			
Categoría 2 Trabajador Desplazado por Cierre o Suspensión Sustancial	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.	Notificación de terminación por cierre permanente o suspensión masiva.			
		Carta de terminación por cierre permanente o suspensión masiva.			
		Verificación telefónica de terminación o suspensión (AJC-TD-028).			
		Declaración del Solicitante (AJC-TD-022).			
Categoría 3 Trabajador Desplazado por Desastre Natural	Trabajador Desplazado permanente de su ocupación o campo de trabajo por desastre natural, incluyendo al autoempleado. 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.	Carta terminación de empleo por desastre natural.			
		Verificación telefónica de terminación o suspensión (AJC-TD-028).			
		Declaración del Solicitante (AJC-TD-022).			
		Artículo del periódico.			
		Evidencia de FEMA.			
		Permisos del negocio.			
		Copia de planilla.			
		Certificación del Municipio.			
Categoría 4 Trabajador Desplazado de Tareas Domésticas	Individuo proveyendo servicios sin paga a miembros de la familia en la casa y quien depende de : - Asist. Pública y su niño menor perderá la elegibilidad dentro de 2 años. - Ingreso de otro miembro de la familia, el cual ya no recibe. - Está desempleado y confrontando dificultad para obtener un empleo. - Está subempleado y confrontando dificultad para mejorar en el empleo.	Certificación de Labores Domésticas (AJC-TD-040).			
		Cert. del Dept. de la Familia.			
		Certificado de Matrimonio.			
		Acta de Defunción.			
		Sentencia de Divorcio.			
		Declaración del Solicitante.			
Categoría 5 Esposa de un miembro de las Fuerzas Armadas en el Servicio Activo	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.	ID Card DD Form 1173			
		Certificado de Matrimonio.			
		DD 214			
		Evidencia de reubicación del Militar			
		Declaración del Solicitante (AJC-TD-022).			

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

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.

Firma del Solicitante

Certifico que

Seguro Social

es

☐ elegible

☐ no elegible, explique:

☐ elegible al ser incluido en el 5% por la barrera de empleo

Nombre del Manejador de Caso y/o Funcionario Autorizado

Firma del Manejador e Casos y/o Funcionario Autorizado

Fecha

