

SW Minnesota Private Industry Council

A Partner in the Minnesota WorkForce Center System

Marshall Area Office
607 West Main Street
Marshall MN 56258
507-537-6236
1-800-818-9295
507-537-6237 TTY/Voice

Worthington Area Office
318 – 9th Street • PO Box 816
Worthington MN 56187-0816
507-376-3116
1-888-234-3708
507-376-3116 TTY/Voice

Montevideo Area Office
129 West Nichols Ave.
Montevideo MN 56265
320-269-5561
1-800-422-1346
320-269-8819 TTY/Voice

APLICACIÓN

Número de Seguro Social	Imprime Nombre: Apellido				Primero	Segundo
Dirección	Ciudad	Estado	Condado	Código Zip		
Fecha de Nacimiento	Género (Marque con círculo) Hombre Mujer	Edad	Teléfono: Teléfono para Mensaje:	Dirección de Email:		

RAZA – ETNICIDAD (MARQUE UNO) <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Africano- Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo/Alaskeño Nativo <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Pacific Is. <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	SERVICIO SELECTIVO <input type="checkbox"/> Requerido/Registrado <input type="checkbox"/> # _____ <input type="checkbox"/> No Está Registrado <input type="checkbox"/> Registración No Es Requerido	ESTADO DE CIUDADANIA <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Elegible, pero no Ciudadano <input type="checkbox"/> No es Ciudadano Alién # _____
---	--	--

<p>Por Favor Marque Las Que Se Aplican:</p> <input type="checkbox"/> Asistencia General <input type="checkbox"/> Elegible o Recibiendo Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Recibiendo MFIP: Destinatario Actual _____ Si sí: 36 de los últimos 60 meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Recibiendo Compensación de Desempleo <input type="checkbox"/> Ha Agotado su Compensación de Desempleo <input type="checkbox"/> Recibiendo SSI <input type="checkbox"/> Asistencia para Refugiados <input type="checkbox"/> Niño en Acogida <input type="checkbox"/> Discapacitado: Físico ó Emocional <p>Describe: _____</p> <input type="checkbox"/> Inglés Limitado <input type="checkbox"/> Actualmente o Previamente en Libertad Condicional/Desviación <input type="checkbox"/> Ingresos de la Agricultura <input type="checkbox"/> Ama de Casa Desplazada <input type="checkbox"/> En Recuperación de la Dependencia Química <input type="checkbox"/> Sin Techo	<p>ESTADO FAMILIAR (Marque Uno)</p> <input type="checkbox"/> Padre/Madre soltero/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre en familia con dos padres <input type="checkbox"/> Otro miembro de familia <input type="checkbox"/> Individual Independiente (no es miembro de familia) <input type="checkbox"/> Número de dependientes bajo edad de 18 (si es aplicable) <p>Número de Personas Viviendo en Casa: _____</p> <p>ESTADO DE EDUCACION (Marque Uno)</p> <input type="checkbox"/> No se completó el colegio <input type="checkbox"/> Estudiante del colegio <input type="checkbox"/> Graduado del colegio/Completó el GED <input type="checkbox"/> Educación Después del colegio <input type="checkbox"/> Graduado de Universidad/Escuela Técnico-Vocacional <p>Marque con círculo el grado mas alto completado:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>Recibiendo Beca Pell <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12														
13	14	15	16	17	18	19																			

<p>SERVICIO MILITAR:</p> División _____ Fechas: De _____ A _____ Tipo de Descargo _____ Es Veterano de Vietnam? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Es Veterano Discapacitado? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Es Veterano de Campaña? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>ESTADO LABORAL:</p> <input type="checkbox"/> Empleado Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleado Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Desempleado, Ultima fecha de trabajo _____ <input type="checkbox"/> No en la Fuerza Laboral <input type="checkbox"/> Número de semanas desempleado durante las 26 semanas pasadas _____ <p>Salario por hora en su último (o actual) trabajo \$ _____</p> <p>Número de horas trabajado por semana _____</p>
---	--

EVALUACION DE SUS HABILIDADES PARA EL EMPLEO

¿Cómo se enteró del programa? _____

¿Está dispuesto a mudarse para empleo? _____ ¿Cuántas millas está dispuesto a viajar por trabajo? _____

Salario mínimo aceptable: _____ Si es necesario para trabajo, tiene: Transporte? _____ Herramienta? _____

Tipo de Licencia de Conducir: Regular (D) _____ Chofer Ligero (B) _____ Chofer Pesado (A) _____ No Licencia _____

Educación	Nombre/Lugar de la Escuela	# de Años que Asistió	Fechas de Asistencia	Graduó?	Temas de Estudio
Colegio					
Técnico					
Universidad					
Otro (Especifique)					

Experiencia de Trabajo: Por favor escriba su experiencia laboral, comenzando con su puesto más reciente

Nombre/Dirección/Teléfono del Empleador	Nombre de Supervisor	Fechas de Empleo	Salario
		De:	Horas/semana:
		A:	Salario/hora:
Título de Trabajo más reciente:			
Razón de Salida:			
Enumere los puestos de trabajo que realizó, funciones, competencias usadas o aprendidas, ascensos o promociones que tuvo mientras trabajó aquí:			

Nombre/Dirección/Teléfono del Empleador	Nombre de Supervisor	Fechas de Empleo	Salario
		De:	Horas/semana:
		A:	Salario/hora:
Título de Trabajo más reciente:			
Razón de Salida:			
Enumere los puestos de trabajo que realizó, funciones, competencias usadas o aprendidas, ascensos o promociones que tuvo mientras trabajó aquí:			

Nombre/Dirección/Teléfono del Empleador	Nombre de Supervisor	Fechas de Empleo	Salario
		De:	Horas/semana:
		A:	Salario/hora:
Título de Trabajo más reciente:			
Razón de Salida:			
Enumere los puestos de trabajo que realizó, funciones, competencias usadas o aprendidas, ascensos o promociones que tuvo mientras trabajó aquí:			

Habilidades Especiales, Aficiones, Otros Intereses _____

¿Qué tipo de trabajo está buscando? (Sea específico, no "cualquier cosa") _____

¿En cuales lugares ha aplicado en el último mes? _____

¿Qué tipo de educación o entrenamiento le interesa? _____

Contactos de servicios sociales: Nombre de las agencias de servicios sociales y la persona que ha contactado. Incluya la fecha.

Rehabilitación Vocacional:

Welfare/Asistencia Pública:

Servicio de Empleo del Estado (Job Service):

Centro de Salud Mental:

Otro (Especifique):

Otro (Especifique):

Por favor enumere por lo menos dos personas que no viven con Usted, pero siempre sabrán donde vive Usted.

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Relación a Ud. _____

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Relación a Ud. _____

Yo verifico que la información en esta aplicación es correcta y la verdad.

Firma

Fecha

