

# 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 – 9<sup>th</sup> 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:		

<b>RAZA – ETNICIDAD (MARQUE UNO)</b> <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	<b>SERVICIO SELECTIVO</b> <input type="checkbox"/> Requerido/Registrado <input type="checkbox"/> # _____ <input type="checkbox"/> No Está Registrado <input type="checkbox"/> Registración No Es Requerido	<b>ESTADO DE CIUDADANIA</b> <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><b>ESTADO FAMILIAR (Marque Uno)</b></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><b>ESTADO DE EDUCACION (Marque Uno)</b></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><b>SERVICIO MILITAR:</b></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><b>ESTADO LABORAL:</b></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

## USO DE LOS DATOS

**POR FAVOR LEA. SI USTED NO ENTIENDE ESTA FORMA, POR FAVOR PIDE AL PERSONAL DE LA AGENCIA QUE SE LO EXPLIQUE.**

Objetivo: El propósito de este formulario es para decirle cómo podemos utilizar la información de su solicitud y su participación en este programa. También le dice con quien podemos compartir esta información y lo que sucederá si usted opta por no proporcionarla. Después de leer y entender este formulario, por favor firme abajo.

### I. Información del Programa

- A. Por qué le estamos pidiendo: Para ayudar a decidir si usted es elegible para el programa y cuáles son los servicios que pueda necesitar.
- B. Cómo Es El Plan de uso: Se puede utilizar para preparar los informes requeridos, realizar auditorías, revisión de elegibilidad y para averiguar cómo el programa le está ayudando.
- C. Con quién podemos compartir esta información: Con el personal, permitido por la ley, que la necesitan para realizar su trabajo en los servicios estatales para los Ciegos, servicios de rehabilitación, servicios de empleo, Experience Works, Programa MN de ama de casa, la Universidad de MN Extensión, el departamento de os Estados Unidos de salud y servicios humanos, labor, vivienda y desarrollo urbano y la agricultura. También podemos compartir con las agencias de base comunitaria, agencias locales y estatales de servicios humanos, programas educativos y otras agencias que le ayudan.
- D. En caso de no proporcionar esta información: Usted no está obligado por ley a proporcionar esta información. Si usted elige no proporcionar esta información, no podemos saber si usted es elegible para el programa y no podríamos ser capaces de ayudarle. Proporcionar información falsa puede dar lugar a la expulsión del programa.

### II. Detalle de los archivos de los salarios

También podemos utilizar la información de los registros de los salarios que lleve el Departamento de Empleo y Desarrollo Económico para ayudarnos a evaluar el programa.

### III. Números de Seguro Social

Usted no tiene que proporcionar un número de Seguro Social para tener derecho a nuestros programas. La Ley Federal de Privacidad y Libertad de Información establece el uso del Número de Seguro Social. Podemos utilizarlo para los partidos de equipo, revisión de programas y mejoras, y las auditorías.

Después de salir del programa, guardaremos su archivo hasta que las leyes estatales y federales nos dejan a destruirlo.

### Política del Empleo Provisional

Personas determinadas a ser elegible como trabajadores desplazados pueden aceptar un empleo provisional, o no de carrera antes de la inscripción o mientras esté inscrito en un programa financiado por WIA si existen las condiciones siguientes.

Empleo provisional es con el propósito de mantenimiento de los ingresos antes y / o durante la participación en un programa de capacitación de trabajadores desplazados. La intención es que este empleo temporal se finaliza al completar la participación en el programa, y entonces los participantes entrarán en un empleo permanente sin subsidio.

Empleo provisional debe ser con un empleador que no sea la de que la persona fue desplazado. Empleo con el mismo empleador, a través de un contrato de terceros o de cualquier otra base, se considera como el empleo con la misma organización.

Empleo provisional es un trabajo temporal o tiempo parcial que proporciona ingresos transitorios que permite a una persona a participar en un programa de trabajadores desplazados. Empleo a tiempo parcial se define como menos de tiempo completo, de acuerdo con los políticos de personal del empleador.

**DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN:** La información que he dado en este formulario es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Sé que la información que he dado será revisada y puede necesitar ser confirmado. Sé que me puede pedir a una prueba para algunos artículos. También sé que si la información resulta ser falsa, no podría ser capaz de participar en este programa. También podría ser llevado ante los tribunales y acusado de fraude o perjurio. Sé que una copia de la Ley de Prácticas de Datos de Minnesota será dada a mí si lo solicito. Me han dado y he leído el SW MN PIC Procedimiento de Queja.

He leído y comprendo la declaración anterior de USO DE LOS DATOS.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Padre/Tutor Legal (se aplica)

Fecha

Firma del Personal de Agencia

Fecha de Elegibilidad

Repaso del Personal de Agencia

Fecha

**COMPLETAR ESTA SOLICITUD NO GARANTIZA UN TRABAJO**

**EMPLEADOR DE OPORTUNIDAD DE IGUALDAD**

**Adaptaciones Razonables Provisto Por Solicitud**