

# Documento de solicitud

Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha Actual: \_\_\_\_\_

## Definición de solicitud

Programa:  WIA  WTW  TAA/NAFTA  el Puente de Ocupación Fecha de visita: \_\_\_\_\_  
LWA: 5 Sucursal:  Elgin  N. Aurora  DeKalb  Yorkville  Eastside  
Case Manager: \_\_\_\_\_ Partner: \_\_\_\_\_

## Información de contacto de solicitante

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono trabajo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Condado (para dirección de Illinois) \_\_\_\_\_

## Contactos adicionales

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono trabajo: \_\_\_\_\_  
Parentesco con el contacto: \_\_\_\_\_

## Información privada

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Hispano o Latina?  Si  No  
 Nativo Americano/de Alaska Sexo  Masculino  Femenino  
 Asiático Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Negro Apellido de soltera de la madre: \_\_\_\_\_  
 Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico Autorización para trabajar en los Estados Unidos  Si  No  
 Prefiero no Contestar Cumple con el Selective Service (servicio de selección)  Si  No  
 Blanco Si Sí especifique el número selectivo: \_\_\_\_\_  
Estado de incapacidad Categoría de la incapacidad  
 No tiene incapacidad  Incapacidad que afecta al empleo  Deterioro físico  
 Incapacidad  Incapacidad de desarrollo  Deterioro mental  
 Incapacidad de aprendizaje  Ambos deterioro físico y mental

## Información de veteranos

Estado de excombatiente  No es un excombatiente  Excombatiente  Cónyuge acreditado  Miembro de servicio de transición  
*Esta sección es aplicable solamente a Veteranon y cónyuges acreditados:*  
Rama del Servicio Fecha de Servicio desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
 Fuerza Aérea  Armada Motivo de la baja  Honorable  Deshonrosa  
 Guardacostas  Marina  Menos que honorable  Incapacidad relacionada con el servicio  
 US Marines  
Incapacidad relacionada con el servicio: Campaña o "acreditación expedicionaria"  Si  No  
 No  Excombatiente incapacitado  
 Excombatiente incapacitado especial Ciudadano de los EU  Si  No

## Nivel de educación

Máximo nivel obtenido  
 0  4  Primer año  Secundaria sin diploma  Otro estudio postsecundario  
 1  5  Segundo año  Universidad primer año  Maestría  
 2  6  Tercer año  Universidad segundo año  Doctorado  
 3  7  Cuarto año  Universidad tercer año  GED terminado  
 8  Graduado  Universidad cuarto año  No contestó  
El diploma/certificado que sigue  Si  No  
Beneficiario de Pell  Si  No Asistir a la escuela  Si  No  
Si sí, la cantidad de beca de Pell \_\_\_\_\_ Asiste a la escuela de tiempo completo  Si  No  
Asiste a escuela alternativa  Si  No  
Abandono de escuela  Si  No  
El siguiente es determinado por IWDS:  
Destrezas de alfabetización básicas deficientes  Si  No  
juventud en/fuera la escuela  en escuela  fuera escuela  NA  
Por debajo del nivel de grado  Si  No

# Documento de solicitud

Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha Actual: \_\_\_\_\_

## Historial de Trabajo

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Estatus de empleo \_\_\_\_\_ Cargo específico \_\_\_\_\_

Empleado  Despedido Salario: \_\_\_\_\_

Empleado, despido pendiente  Renuncia \_\_\_\_\_

Disputa laboral  Despido forzoso Salario por: \_\_\_\_\_ Horas por semana \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de terminación: \_\_\_\_\_  Día

Hora

Semana

Mes

Año

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Principales obligaciones \_\_\_\_\_

Ocupación principal  Si  No ¿Desplazado?  Si  No

¿Trabaja por su cuenta?  Si  No ¿Familiar/peón?  Si  No

Razón del despido

Falta de trabajo  Condiciones económicas generales

Cierre de planta  Acta del Aire Puro

Despidos generalizados  Reducciones en la defensa

Compañía en proceso de quiebra  Comercio tuvo impacto en el trabajo

Inundación u otro desastre natural  Situación de desplazo a nivel federal

Fecha de notificación de despido \_\_\_\_\_

## Historial de Trabajo

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Estatus de empleo \_\_\_\_\_ Cargo específico \_\_\_\_\_

Empleado  Despedido Salario: \_\_\_\_\_

Empleado, despido pendiente  Renuncia \_\_\_\_\_

Disputa laboral  Despido forzoso Salario por: \_\_\_\_\_ Horas por semana \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de terminación: \_\_\_\_\_  Día

Hora

Semana

Mes

Año

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Principales obligaciones \_\_\_\_\_

Ocupación principal  Si  No ¿Desplazado?  Si  No

¿Trabaja por su cuenta?  Si  No ¿Familiar/peón?  Si  No

Razón del despido

Falta de trabajo  Condiciones económicas generales

Cierre de planta  Acta del Aire Puro

Despidos generalizados  Reducciones en la defensa

Compañía en proceso de quiebra  Comercio tuvo impacto en el trabajo

Inundación u otro desastre natural  Situación de desplazo a nivel federal

Fecha de notificación de despido \_\_\_\_\_

# Documento de solicitud

Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha Actual: \_\_\_\_\_

## Características Familiares

**Tipo de familia**

- No es miembro de la familia
- No se informa
- Otro integrante de la familia
- Padre/madre de familia de un solo padre
- Padre/madre de familia con padre y madre

Tamaño de la familia \_\_\_\_\_

Número de dependientes menores de 18 años \_\_\_\_\_

Familia de 1 persona-por incapacidad

Si  No

Nombre(s) del (de los) integrante(s) de la familia

Relación

Edad

Dependiente

¿Tiene ingresos?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si  No  
 Si  No  
 Si  No  
 Si  No

Si  No  
 Si  No  
 Si  No  
 Si  No

## Características y Barreras

- ¿Dependencia del alcohol o drogas?  Si  No
- ¿Conocimiento limitado del ingles?  Si  No
- ¿Antecedentes criminales?  Si  No
- ¿Antecedentes criminales menores?  Si  No
- ¿Sin hogar?  Si  No

## Barreras (si son aplicables)

- Inscripción por debajo del 5 por ciento  Si  No
- ¿Joven en riesgo de dejar la escuela?  Si  No
- ¿Embarazo/padres adolescentes?  Si  No
- ¿Joven que huyó del hogar?  Si  No
- ¿A cargo del estado?  Si  No
- ¿Joven que necesita ayuda?  Si  No
- ¿Joven en hogar de crianza?  Si  No
- ¿Joven que salió del sistema de crianza?  Si  No
- ¿Barreras serias para el empleo, definidas por LWIB?  Si  No

## Asistencia Pública

- ¿Asistencia de transición?  Si  No
- ¿Ayuda para refugiados?  Si  No
- ¿SSI?  Si  No
- ¿Recibe estampillas de comida?  Si  No
- TANF?  Si  No
- Número de caso de DHS \_\_\_\_\_
- Número de meses que recibió TANF en los últimos 60 meses \_\_\_\_\_

## Ingresos & Gastos

### Ingresos

Salario	
Salarios trabajador independiente	
Salario bruto del conyuge	
Pensión	
Anualidad de seguro	
Manutención	
Asignación:	
Seguridad social:	
Asistencia pública:	
Beneficios por desempleo:	
Otros :	
<b>Ingreso total:</b>	

### Gastos

Alquiler/hipoteca:	
Servicios públicos:	
Pagos a plazos:	
Ahorros:	
Seguro:	
Pagos de manutención:	
Transporte:	
Alimentos:	
Vestimenta:	
Articulos para el hogar:	
Médicos y dentales:	
Varios:	
<b>Gastos totales:</b>	

# Documento de solicitud

Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha Actual: \_\_\_\_\_

## Verificación y Revisión

NOTIFICACIÓN DE CERTIFICACIÓN: Yo certifico que la información precedente es de acuerdo a mis capacidades y que no existe la intención de cometer fraude. Comprendo que esta información es confidencial y que no será divulgada públicamente. Si mi participación en Title 1 del WIA ha sido obligatoria por una orden válida de la corte, esta información podría ser dada a otra corte de jurisdicción competente. Se me ha comunicado que esta información será ingresada en un sistema de información computarizado y que puede ser compartida con otras agencias autorizadas con el fin de administrar programas de las mismas, incluyendo entre otras la agencia TANF del Estado y la agencia Federal Parent Locator (agencia federal de localización de padres). Comprendo que tengo derecho a inspeccionar esta información y a iniciar correcciones adecuadas a través de la agencia a la cual estoy proporcionando esta información. Por este medio, otorgo mi permiso a la Agencia de Seguridad Laboral del Estado que se aplique o a cualquier Estado en el que haya trabajado a que proporcionen mis registros de salarios UI a esta agencia. Acepto participar, si se me contacta, en cualquier encuesta posterior a mi salida u otra encuesta de seguimiento realizada por esta agencia o por el estado de Illinois. Por este medio acepto que la información relacionada con la determinación de elegibilidad requiere verificación/documentación, y con mi firma autorizo a otros a proporcionar la información requerida para la determinación de elegibilidad. Acepto que si la información relacionada con la determinación de elegibilidad es falsa, puedo ser eliminado del programa y puedo estar sujeto a acciones legales. Además, certifico que se me ha informado sobre mi derecho de presentar una demanda. He recibido una copia del folleto "Workforce Investment Act Grievance Procedure" (Procedimiento de reclamos de acuerdo a la Ley de inversión en la fuerza laboral).

Como padre/madre o tutor legal del solicitante, he leído y comprendido el párrafo anterior. Además, apruebo que participe en cualquiera de los programas de capacitación ofrecidos mediante la Ley de Inversión en la Fuerza Laboral que ameriten, y acepto también cualquier cambio que en ellos se pudiera introducir de común acuerdo entre el aspirante y la agencia administrativa, renunciando a mi derecho de reclamo por los mismos.

Firma del cliente o representante \_\_\_\_\_ Fecha de firma \_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha de firma \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

## Para Uso del Personal

DETS ID: \_\_\_\_\_ Solicitud TAA \_\_\_\_\_ Solicitud NAFTA \_\_\_\_\_  
¿Recibió respuesta rápida?  Si  No Date Last Received Rapid Response Services \_\_\_\_\_  
Código NAICS \_\_\_\_\_ ¿Rechazado? \_\_\_\_\_ (Determinado por IWDS en base a Código NAICAS)  
Descripción de NAICS \_\_\_\_\_  
O\*Net Código \_\_\_\_\_ ¿Bajo crecimiento? \_\_\_\_\_ (Determinado por IWDS en base a Código NAICAS)  
O\*Net Descripción \_\_\_\_\_

# Documento de solicitud

Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha Actual: \_\_\_\_\_

## Plan de Empleo

Favor de contestar con respuestas adecuadas y objetivas, basándose en su historial de trabajo.

1. ¿En cuales trabajos tiene sus destrezas? (Use un cargo específico de trabajo) ¿Usted ha obtenido algún entrenamiento formal para su ocupación que se encuentra en la lista? Si es así, ¿tiene alguna credencial o certificación formal?

---

---

2. ¿Cuál es su objetivo laboral? (especifique el cargo) ¿Posee las destrezas necesarias para obtener este empleo?

---

---

3. ¿Cuánto tiempo ha estado buscando trabajo? \_\_\_\_\_ ¿Qué métodos utilizó?

---

---

4. ¿Con qué prontitud debe conseguir un empleo?

---

---

5. ¿Usted siente que tiene algunos obstáculos que necesita sobrepasar para reentrar nuevamente al mercado del empleo?

---

---

6. ¿Ha hecho algún arreglo para el transporte? Si es así, ¿qué transporte utilizará?

---

---

7. ¿Cuál es la distancia máxima que está dispuesto a viajar desde su domicilio hasta el lugar de trabajo?

---

---

8. ¿Ha convenido un servicio de guardería primario y uno de respaldo? Si es así, ¿quién le proporciona el servicio de guardería?

---

---

# Documento de solicitud

Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha Actual: \_\_\_\_\_

## Encuesta de Interés

Esta encuesta fue diseñada para ayudarlo a comunicar a KCDEE sus necesidades relacionadas con el empleo. La información que nos proporcione nos ayudará a brindarle programas o servicios para satisfacer sus necesidades y preocupaciones personales, profesionales y de capacitación. Su respuesta es confidencial y no lo compromete a participar en programas ofrecidos a través de KCDEE.

**1. ¿Cuáles son sus planes actuales?** (marque todos los que correspondan)

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Buscar otro empleo        | <input type="checkbox"/> Mejorarse para otra profesión | <input type="checkbox"/> Inscribirse en la universidad     | <input type="checkbox"/> Inscribirse en la escuela         |
| <input type="checkbox"/> Empezar su propio negocio | <input type="checkbox"/> Planea retirarse              | <input type="checkbox"/> Mudarse fuera del área            | <input type="checkbox"/> Mudarse fuera del área            |
| <input type="checkbox"/> Dejar de trabajar         | <input type="checkbox"/> No está seguro/a              | <input type="checkbox"/> Actualizar sus destrezas actuales | <input type="checkbox"/> Actualizar sus destrezas actuales |
| <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                   |
| <input type="checkbox"/>                           | Otros (especifique) _____                              |  |  |

**2. ¿Cuáles son sus preocupaciones con respecto a encontrar un empleo?** (marque todos los que correspondan)

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de destrezas       | <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Transporte           |
| <input type="checkbox"/> Actualizar sus destrezas | <input type="checkbox"/> Mudarse   | <input type="checkbox"/> Cuidado de sus hijos |
| <input type="checkbox"/> Edad                     |                                    |   |

Limitaciones físicas (especifique) \_\_\_\_\_

Otras (especifique) \_\_\_\_\_

**3. ¿Necesita asistencia personal con alguno de los siguientes temas?** (marque todos los que le correspondan)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Administración de su crédito/deudas                 | <input type="checkbox"/> Escribir su historia laboral                     | <input type="checkbox"/> Beneficios de soldado      |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de sus hijos mientras está en entrenamiento | <input type="checkbox"/> Asistencia relacionada con la búsqueda de empleo | <input type="checkbox"/> Destrezas para entrevistas |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento profesional o de empleo               | <input type="checkbox"/> Asistencia para transporte                       | <input type="checkbox"/> Asistencia para educación  |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento para manejar la tensión personal      | <input type="checkbox"/> Mercado laboral local                            |   |

**4. ¿Cuáles de los siguientes servicios/programas considera que necesita para volver a encontrar un empleo?** (marque todos los que correspondan)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Exploración de talleres                         | <input type="checkbox"/> Recomendaciones de cómo actualizar sus destrezas (actualizar las destrezas existentes) |
| <input type="checkbox"/> Recomendaciones de destrezas para buscar empleo | <input type="checkbox"/> Reinstrucción vocacional (basada en evaluación)  |

**5. ¿Cuáles son sus intereses ocupacionales?** \_\_\_\_\_

**6. Favor de indicar cuándo podría comprometerse a planear su participación en nuestros servicios.**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inmediatamente                                   | <input type="checkbox"/> Inmediatamente después del cese (si corresponde) _____ (fecha) |   |
| <input type="checkbox"/> Dentro de los 6 meses a partir de esta solicitud | <input type="checkbox"/> No sé  | <input type="checkbox"/> No puedo comprometerme en este momento |

**7. ¿Comentarios/preguntas?**

---

---

---

---

Gracias por llenar esta encuesta. ¡Suerte en sus intentos de conseguir empleo!

# Documento de solicitud

Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha Actual: \_\_\_\_\_

## Programas Coincidentes

Educación para adultos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Job Corps	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Programa para trabajadores del campo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Programa Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Programas de Inversión en la Fuerza Laboral de los Veteranos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Acta de Ajuste Mercantil	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
NAFTA-TAA	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Educación vocacional	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Wagner Peyser	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Actividades de Título V (OAA)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Programa de fondos servicio comunitario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Programa HUD	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otro programa no de WIA	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
DVOP/LVER de Veteranos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			

## Credenciales

Credencial:

<input type="checkbox"/> Diploma de Educación Media Superior (High School)/Equivalencia/GED	Institución	Fecha de graduación:
	Fuente	
	<input type="checkbox"/> Copia de certificado	
	<input type="checkbox"/> Copia de credencial	
	<input type="checkbox"/> Copia del grado	
	<input type="checkbox"/> Copia de diploma	
<input type="checkbox"/> Diploma Profesional Asociado AA/AS	Institución	Fecha de graduación:
	Fuente	
	<input type="checkbox"/> Copia de certificado	
	<input type="checkbox"/> Copia de credencial	
	<input type="checkbox"/> Copia del grado	
	<input type="checkbox"/> Copia de diploma	
<input type="checkbox"/> Diploma o certificado Universidad	Institución	Fecha de graduación:
	Fuente	
	<input type="checkbox"/> Copia de certificado	
	<input type="checkbox"/> Copia de credencial	
	<input type="checkbox"/> Copia del grado	
	<input type="checkbox"/> Copia de diploma	
<input type="checkbox"/> Habilidades profesionales con licencia	Institución	Fecha de graduación:
	Fuente	
	<input type="checkbox"/> Copia de certificado	
	<input type="checkbox"/> Copia de credencial	
	<input type="checkbox"/> Copia del grado	
	<input type="checkbox"/> Copia de diploma	
<input type="checkbox"/> Otro	Institución	Fecha de graduación:
	Fuente	
	<input type="checkbox"/> Copia de certificado	
	<input type="checkbox"/> Copia de credencial	
	<input type="checkbox"/> Copia del grado	
	<input type="checkbox"/> Copia de diploma	

# Documento de solicitud

Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha Actual: \_\_\_\_\_

## Características de empleo

- |   |  |   |
|---|--|---|
| Estado fuerza laboral<br><input type="checkbox"/> Desempleado<br><input type="checkbox"/> Empleado<br><input type="checkbox"/> No es parte de la fuerza laboral<br><input type="checkbox"/> Empleado. Recibió aviso de despido, terminación militar | Estado seguro de desempleo<br><input type="checkbox"/> Recibiendo beneficios<br><input type="checkbox"/> Elegible pero no está recibiendo beneficios<br><input type="checkbox"/> Beneficios se han agotado | ¿Subempleado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|---|--|---|

El siguiente es determinado por IWDS:

- ¿Perfil UI?  Si  No  
 ¿Estado de migrante?  Si  No

- |   |   |  |
|---|---|--|
| ¿Empleo principal en el campo?<br><input type="checkbox"/> Cuando menos 50 % de ingresos<br><input type="checkbox"/> Cuando menos 50% de tiempo de trabajo<br><input type="checkbox"/> Ambos<br><input type="checkbox"/> No | Límite mínimo de trabajo de granja realizado<br><input type="checkbox"/> Cuando menos 25 días de trabajo<br><input type="checkbox"/> Ganó cuando menos \$800<br><input type="checkbox"/> Ambos<br><input type="checkbox"/> No | Tipo de trabajo agrícola calificado<br><input type="checkbox"/> Servicios y Producción Agrícola<br><input type="checkbox"/> Establecimientos de procesamiento de alimentos |
|---|---|--|

## Características del Trabajador Desplazado

- |   |  |
|---|--|
| ¿Requiere ayuda adicional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Desempleado cuando menos seis meses antes de la solicitud <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Terminó un mes de búsqueda de trabajo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Ama de casa desplazada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Recibió ayuda en caso de desastre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|---|--|

## Cálculo de ingresos

Periodo	1	2	3	4	5	6	Total
Salarios							
Salarios trabajador independiente							
Pensión							
Anualidad de seguro							
Pensión tras divorcio							
Otro*							
<b>Total</b>							

El siguiente es determinado por IWDS:

Promedie los ingresos mensuales  Promedie los ingresos anual  ingresos totales para antes de 6 meses

## Criterios Adicionales WIA (si es aplicable)

- Servicios Intensivos**
- ¿Incapacidad de obtener o retener empleo autosuficiente con Servicios Core?  Si  No  
 ¿Necesita servicios intensivos?  Si  No
- Servicios de Entrenamiento**
- ¿Incapacidad de obtener o retener empleo autosuficiente con Servicios Intensivos?  Si  No  
 ¿Necesita servicios de entrenamiento?  Si  No  
 ¿Cumple los requisitos para programa selecto de entrenamiento?  Si  No  
 ¿Programa selecto de entrenamiento en gran demanda?  Si  No  
 ¿Otras fuentes de fondo están agotadas o no disponibles?  Si  No

## Información más Reciente de NRP (si es aplicable)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| Fechas periodo NRP: _____<br>Características NRP: | Fecha inicio NRP: _____<br>Estado Fuerza Laboral NRP:<br><input type="checkbox"/> Desempleado<br><input type="checkbox"/> Empleado<br><input type="checkbox"/> No es parte de la fuerza laboral | Fecha terminación NRP: _____<br>Estado Seguro de Desempleo NRP:<br><input type="checkbox"/> Recibiendo beneficios<br><input type="checkbox"/> Elegible pero no recibe beneficios<br><input type="checkbox"/> Beneficios se han agotado<br><input type="checkbox"/> No es elegible/indeterminado |
|---|---|---|

