



Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York Solicitud Para El Cliente

FECHA: _____

Las preguntas marcadas con un asterisco * o letras oscuras son obligatorias – Escriba claro en letra de imprenta

Información del Cliente

* 1. # del Seguro Social _____ - _____ - _____

* 2. Apellido _____ * 3. Nombre _____ 4. Inicial _____

5. Fecha de Nacimiento ____/____/____ 6. Sexo: Masculino Femenino

* 7. Dirección _____ Apt. # _____

* 8. Ciudad _____ *9. Estado _____ *10. Zona Postal _____

11. Condado _____ 12. País, si no es EU _____

13. Teléfono _____ 14. Teléfono Alterno _____
(____) _____ - _____ Ext. _____ (____) _____ - _____ Ext. _____

15. Fax _____ 16. Dirección Electrónica [E-Mail] _____
(____) _____ - _____ Ext. _____

*17. ¿Es usted Ciudadano de Los EEUU? Sí No Si no, ¿Está usted autorizado para trabajar en los EEUU? Sí No

Grupo étnico / raza

18. Grupo étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Nota: Responda esta pregunta voluntariamente. La información se mantendrá de forma confidencial y se usará únicamente para mantener los expedientes y los requisitos de acción afirmativa. No se le penalizará por rehusar a contestar.

19. Raza: (Marque todas las que corresponden) Blanco Negro o Afro Americano Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático Nativo de Hawaii u Otras Islas del Pacífico

Nota: Responda esta pregunta voluntariamente. La información se mantendrá de forma confidencial y se usará únicamente para mantener los expedientes y los requisitos de acción afirmativa. No se le penalizará por rehusar a contestar.

Educación & Empleo

*20. Educación (Círcule o marque el grado más alto que completó)

Grado: Ninguno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12/No Diploma Graduado – Escuela Secundaria GED

Universidad: 1 año. 2 años. 3 años. 4 años o más Si estudió en la universidad, marque lo que corresponde.

Alguna Universidad Grado / certificado Vocacional Grado Asociado
 Bachillerato Licenciatura Doctorado

*21. ¿Está usted asistiendo a una escuela secundaria, vocacional, técnica o académica a tiempo completo? Sí No
Si usted está entre semestres, ¿tiene intención de volver a la escuela? Sí No

*22. En las últimas 26 semanas, ¿cuántas semanas estuvo desempleado? _____

*23. ¿Está usted actualmente desempleado? Sí No

24. Al menos que nos dé otras instrucciones, su resumen el cual incluye su nombre, teléfono y correo electrónico (si es que tiene uno) será publicado en el Internet y estará a disposición de compañías en la página del Banco de Trabajos de Nueva York (NYJB) (www.ajb.org/ny/), el cual es parte del Banco de Trabajo de América. Publicando su resumen le dará mayor exposición a compañías y a oportunidades de trabajo en el estado de Nueva York y a nivel nacional. Si Ud. No desea que su resumen sea publicado en su totalidad en el Internet, marque una de las siguientes opciones.

Anuncie mi resumen como "Confidencial". Su resumen excluirá su nombre, dirección y teléfono. Ud. Debe tener un correo electrónico para escoger esta opción. (vea la pregunta 16 arriba)

No anuncie mi resumen en el Internet.

25. Marque aquí para indicar que se le ha explicado y se ha enterado del reglamento de "Igualdad de Oportunidades, es la Ley".

Programas/ Asistencia Pública

26. ¿Está usted o algún miembro de su familia recibiendo algún tipo de Ayuda Pública?
[como cupones de alimentos, dinero efectivo, SSI, etc.] Sí No

Si contestó sí a la pregunta 26, indique qué tipo de Ayuda Pública está recibiendo. _____

27. ¿Tiene usted alguna incapacidad? Sí No

Nota: Responda esta pregunta voluntariamente. La información se mantendrá de forma confidencial y se usará únicamente para mantener los expedientes y los requisitos de acción afirmativa. No se le penalizará por rehusar a contestar

*28. ¿Es usted un Trabajador Migrante o de Temporada? Sí No Si contestó Sí, marque una de las siguientes:

Trabajador Agrícola Migrante Procesador de Alimentos Migrante Trabajador Agrícola de Temporada

Servicio Militar

*29. ¿Es usted un veterano? Sí No Si contestó Sí, provea las fechas de Servicio Activo ___/___/____ hasta ___/___/____

30. ¿Es usted un cónyuge Elegible de un veterano? Sí No

Elegible: El cónyuge de una persona que: a) murió en acción o a consecuencia de una incapacidad relacionada con el servicio; b) Está en servicio activo y que está registrado como 1. desaparecido en acción, 2. capturado en el cumplimiento del deber, o 3. internado a la fuerza en la línea del deber por un total de 90 días o más; o c) tiene una incapacidad total permanente relacionada con el servicio .

Si contestó "No" a las preguntas 29 y 30, pase a la pregunta 32.

*31. ¿Está usted recibiendo compensación por una incapacidad relacionada con su servicio militar? Sí No
Si contestó "Sí", indique el % de incapacidad _____

Nota: Responda esta pregunta voluntariamente. La información se mantendrá de forma confidencial y se usará únicamente para mantener los expedientes y los requisitos de acción afirmativa. No se le penalizará por rehusar a contestar.

Empleo y Preferencia de Turnos

32. ¿Qué tipo de trabajos son aceptables? Semana Laboral: Tiempo Completo (30 hrs. o más por semana)
 Tiempo Parcial (Menos de 30 hrs. Por semana)
 Cualquiera

Duración del trabajo: Regular (Más de 150 días)
 Temporal (3 días o menos)
 Regular o Temporal (4-150 días)

33. Salario mínimo que aceptaría \$ _____ por Hora Día Semana Mes Año Otro

34. Fecha que está disponible para trabajar ___/___/____

35. ¿Qué turno (s) está dispuesto a trabajar? (marque los que aceptaría)
 Primero Segundo Tercero Dividido Rotativo Cualquiera

*36. ¿Cómo prefiere ser contactado? (marque los que corresponden)

Por correo Teléfono principal Teléfono alterno Fax E-Mail

Objetivo Laboral

*37. Objetivo de Empleo / tipo de Trabajo que desea. Título del Trabajo _____

*38. Enumere sus trabajos más recientes	Título del Trabajo	Experiencia en este trabajo
_____	_____	Años _____ Meses _____
_____	_____	Años _____ Meses _____
_____	_____	Años _____ Meses _____

Ubicaciones Aceptables para Trabajar

***39. Estoy dispuesto a trabajar dentro de las siguientes zonas postales, estados o países:**

Elija A, B, o C. Puede anotar hasta 3 zonas postales, estados o países. Si eligió A, circule el número de millas y anote la zona postal.

<u>Zona Postal</u>	<u>Estados</u>	<u>Países</u>
A. 5 10 25 50 100 millas de la zona postal _ _ _ _ _	B. _____	C. _____
5 10 25 50 100 millas de la zona postal _ _ _ _ _	_____	_____
5 10 25 50 100 millas de la zona postal _ _ _ _ _	_____	_____

Nota: (Esto se aplica únicamente a la letra A) Si usted está recibiendo Seguro por Desempleo, le pueden exigir viajar 1 hora por transporte privado o 1½ hora por transporte público.

40. Historial de Trabajo Si usted tiene experiencia de trabajo, escriba en esta sección lo más que pueda, para mejorar nuestras posibilidades de ayudarlo a conseguir trabajo.

Complete toda la información requerida para cada empleador . Comience con su empleo mas reciente.

* Título del Trabajo _____ *Empleador _____

*Dirección _____

*Ciudad _____ *Estado _____ *País, si no es EU _____

Fecha que comenzó (mes / año) __ / ____ Fecha que terminó (mes / año) __ / ____ Supervisor _____
Teléfono (___) ____ - ____

*Salario \$ _____ por hora / día / semana / mes / año *Razón porque dejó el trabajo _____

*Responsabilidades _____

* Título del Trabajo _____ *Empleador _____

*Dirección _____

*Ciudad _____ *Estado _____ *País, si no es E U _____

Fecha que comenzó (mes / año) __ / ____ Fecha que terminó (mes / año) __ / ____ Supervisor _____
Teléfono (___) ____ - ____

*Salario \$ _____ por hora / día / semana / mes / año *Razón porque dejó el trabajo _____

*Responsabilidades _____

* Título del Trabajo _____ *Empleador _____

*Dirección _____

*Ciudad _____ *Estado _____ *País, si no es E U _____

Fecha que comenzó (mes / año) __ / ____ Fecha que terminó (mes / año) __ / ____ Supervisor _____
Teléfono (___) ____ - ____

*Salario \$ _____ por hora / día / semana / mes / año *Razón porque dejó el trabajo _____

*Responsabilidades _____

Licencia de Manejar

41. ¿Tiene usted licencia de manejar? Sí No Si contestó NO, pase a la pregunta 44.

¿Qué clase de licencia tiene usted? Clase A (Camión de arrastre) Clase B (Camión / autobús)
 Clase C (Camión liviano comercial) Clase Cn (C-no comercial-CDL)
 Clase D (Operador) Clase E (Taxi)
 Clase M (Motocicleta)

Estado que la emitió _____

Autorizaciones: Transporte de Pasajeros Materiales Peligrosos Vehículos Tanques Motocicletas
 Autobús Escolar Dobles / triples Tanques Peligrosos Frenos de Aire

42. ¿Necesita usted transportación pública para llegar al trabajo? Sí No

43. ¿Tiene usted automóvil o acceso a uno? Sí No

Certificados /Licencias

44. ¿Tiene usted un certificado o licencia ocupacional? Sí No Si contestó "No", pase a la pregunta 45.

*Certificado / Licencia _____ *Organización o Localidad que la emitió _____

Fecha que fue Emitido/a: (mes / año) __/__/____ Estado _____ *País _____

Certificado o Licencia Adicional:

*Certificado /Licencia _____ * Organización o Localidad que la emitió _____

Fecha que fue Emitido/a: (mes / año) __/__/____ Estado _____ *País _____

Escuelas

45. ¿Tiene usted un título universitario, diploma o certificado educacional? Sí No Si contestó "No", pase a la pregunta 46.

*Carrera _____ * Título _____ Fecha que terminó (mes /año) __/__/____

*Institución _____ *Estado _____ *País _____

Título, diploma o certificado educacional adicional:

*Carrera _____ Título _____ Fecha que Terminó (mes /año) __/__/____

*Institución _____ *Estado _____ *País _____

***46. Destrezas Laborales: Anote por lo menos una**

Incluya las destrezas y habilidades que usted desempeña en su trabajo [s] o que adquirió a través de estudios o entrenamiento. Por ejemplo mecánica automotriz, carpintería, soldadura, mecanografía, técnico u operador de computadoras, etc. Use tanto como sea posible el inventario de habilidades que está disponible en la Sala de Recursos del Departamento de Trabajo [One-Stop Center.] También incluya cualquier idioma extranjero que hable con fluidez.

47. Escriba cualquier distinción que haya recibido o actividades extracurriculares en las cuales participa. _____

-----Para Uso Oficial Solamente-----

Dislocated Worker	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	Econ. Disadvantaged	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
WOTC	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	TRA	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
Rapid Response	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	MSFW	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown