



Solicitud Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA)

Servicios

290 N. D Street, Suite 600
San Bernardino, CA 92415
(909) 387-9859

High Desert AJCC
17310 Bear Valley Rd, Suite 109
Victorville CA 92395

West Valley AJCC
9650 9th Street, Suite A
Rancho Cucamonga CA 91730

East Valley AJCC
658 E. Brier Drive, Suite 100
San Bernardino CA 92415

INSTRUCCIONES: Completa TODAS las preguntas en ambos lados de este formulario. POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE.

1.	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	<u>WIOA STAFF USE:</u>
2.	NOMBRE (primero, inicial del segundo nombre y apellido):	<u>WIOA STAFF USE:</u>
3.	CALLE DE RESIDENCIA:	
4.	CIUDAD DE RESIDENCIA:	ESTADO DE RES.: CODIGO POSTAL DE RES.:
5.	NUMERO DE TELEFONO PRINCIPAL:	TIPO (marque uno) <input type="checkbox"/> Celular/móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____
6.	NUMERO DE TELEFONO ALTERNATIVO:	TIPO (marque uno) <input type="checkbox"/> Celular/móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____
7.	DOMICILIO PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA: Domicilio de Correspondencia:	<input type="checkbox"/> Marque este casillero si se trata del mismo domicilio en donde usted reside y enseguida pase a la línea # 8. Si es un domicilio diferente, por favor complete lo siguiente. Ciudad de Correspondencia: Estado de Correspondencia: Código postal de Correspondencia:
8.	FECHA DE NACIMIENTO: (mes/día/año)	<u>WIOA STAFF USE:</u> GENERO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Identifico
9.	¿ESTA REGISTRADO EN EL SERVICIO MILITAR? (marque uno)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica- mujer <input type="checkbox"/> No aplica- nacido antes del año 1960 SEL. SVC. #: _____ REG. DATE: _____
10.	CIUDADANIA (marque uno): A#:_____	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EU/territorio de EU <input type="checkbox"/> Extranjero/refugiado con entrada legal a EU <input type="checkbox"/> Residente permanente de EU <input type="checkbox"/> Ninguno de las anteriores Fecha de vencimiento: _____ ¿SE CONSIDERA A SI MISMO CON HERENCIA HISPANA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11.	RAZA (marque el que aplique) <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Afro-estadounidense/negro <input type="checkbox"/> Indígena-estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Coreo <input type="checkbox"/> Hawaiano/parte Hawaiano <input type="checkbox"/> Micronesian <input type="checkbox"/> Bangladesh <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Thai <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Marshallese <input type="checkbox"/> Nepalés <input type="checkbox"/> Pakistaní <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Palauana <input type="checkbox"/> Otro Isleño del <input type="checkbox"/> Butanesa <input type="checkbox"/> Sri Lancán <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Sikkimese <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Malaysian <input type="checkbox"/> Japonés	
12.	¿Es usted un trabajador emigrante o trabajador agricultor? <input type="checkbox"/> Trabajador agricultor <input type="checkbox"/> Emigrante – viajado a un área de trabajo y no pudo regresar a su casa el mismo día <input type="checkbox"/> Trabajador agricultor emigrante <input type="checkbox"/> No	Si marco si, especifique el tipo: <input type="checkbox"/> Producción y servicios Agricultura <input type="checkbox"/> Establecimiento de procesamiento de alimentos

Solicitud Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA) Servicios

Departamento del Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de
San Bernardino

Nombre del cliente: _____

13.	¿Eres un miembro del servicio militar en transición?		<input type="checkbox"/> Dentro de los 24 meses de la jubilación – Fecha de baja estimado _____ <input type="checkbox"/> Dentro de los 12 meses de la jubilación – Fecha de baja estimado _____ <input type="checkbox"/> No		
14.	¿HA USTED BRINDADO SU SERVICIO EN EL EJERCITO DE EU, MARINA O FUERZA AEREA? (marque uno)		<input type="checkbox"/> No (Si marcó "no", pase a la línea #19) <input type="checkbox"/> Si, más de 180 días <input type="checkbox"/> Si, menos o igual a 180 días	¿Eres esposo/esposa de un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
15.	CAMPAÑA DE VETERANOS?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿RECENTEMENTE SEPARADO? (dentro de los últimos 48 meses)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
16.	FECHA EN QUE INICIO SU SERVICIO MILITAR:	FECHA EN QUE FUE DADO DE BAJA DEL SERVICIO MILITAR:	TIPO DE BAJA:		
17.	¿RAMA MILITAR?		¿ESTA USTED ACTIVO EN LA RESERVA MILITAR? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
18.	¿Ha asistido a un taller del programa de asistencia de transición (TAP) en los últimos 3 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
19.	SITUACION DE EMPLEO (marque uno)	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado con notificación de despido/separación del Ejército	WIOA STAFF USE: Employment Verification <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation <input type="checkbox"/> Job Search Worksheet <input type="checkbox"/> UI Records/Check Stubs <input type="checkbox"/> Case File Notes <input type="checkbox"/> Employer Contract <input type="checkbox"/> UI Cross-match		
20.	¿CUANTAS SEMANAS HA ESTADO DESEMPLEADO? ¿CUANTO ES SU PAGO POR HORA ACTUALMENTE O CUAL FUE EL PAGO POR HORA MAS RECENTE QUE RECIBIO? \$ _____				
21.	¿Cuál es su ocupación actual o más reciente? WIOA STAFF USE: ONet Job Title _____ ONet Code _____				
22.	SI SE ENCUENTRA EMPLEADO, ¿ESTA SUBEMPLEADO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿RECIBIO UNA NOTIFICACION DE DESPIDO O PERDIDA DE TRABAJO DE SU ULTIMO EMPLEO O DE SU EMPLEO ACTUAL SI AUN ESTA TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿ES USTED AMA DE CASA DESPLAZADA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
23.	RAZON DE LA TERMINACION DEL EMPLEO: (marque uno) <p><input type="checkbox"/> CATEGORIA 1 – Cesado del trabajo, perdido el empleo debido a recortes de personal o recibido notificación de despida o de pérdida de empleo por recorte de personal y reúne los requisitos o ha usado al máximo los beneficios UI y es probable que no regrese al campo u ocupación en que desempeñaba anteriormente.</p> <p><input type="checkbox"/> CATEGORIA 2 – Cesado del trabajo, perdido el trabajo debido a recortes de personal o recibido notificación de despida o de pérdida de empleo por recorte de personal y haber estado empleado el tiempo suficiente para (un mínimo de seis semanas) para demostrar apego a la fuerza laboral pero que no reúne los requisitos para obtener beneficios UI debido a que no reúne los puntos de ingresos suficientes o debido a que el empleador no se encuentra bajo las disposiciones de la ley estatal de compensador al trabajador y es probable que el empleado no regrese al campo u ocupación en el que se desempeñaba anteriormente.</p> <p><input type="checkbox"/> CATEGORIA 3 – Cesado del trabajo, perdido el trabajo debido a recorte de personal o recibida notificación de despida o de pérdida de empleo por recorte de personal por parte de la fuente de trabajo, debido al cierre permanente de la fuente de empleo, o por un recorte de personal considerable en la planta, instalaciones o empresa. Se requiere que la fecha estimada o definitiva del cese de labores se indique en el espacio que se proporciona abajo.</p> <p><input type="checkbox"/> CATEGORIA 4 – El empleador ha hecho un anuncio general de que la fuente de trabajo va a cerrar. Por favor especifique en el espacio de abajo, la fecha aproximada o definitiva del cierre.</p> <p><input type="checkbox"/> CATEGORIA 5 – Previamente empleado independiente (incluyendo granjeros, rancheros, y pescadores), pero está desempleado debido a condiciones económicas generales en la comunidad o área de residencia o debido a desastres naturales.</p> <p><input type="checkbox"/> CATEGORIA 6 – Propietario de casa desplazado - Individuo que ha brindado servicios no pagados a los miembros de la familia en el hogar y que ha estado dependiendo del ingreso de otros miembros de la familia, pero que ya no es apoyado con el ingreso de dicho pariente y que está desempleado o subempleado y enfrenta dificultades al tratar de obtener un mejor trabajo.</p> <p><input type="checkbox"/> CATEGORIA 7 – La esposa de un miembro activo de las Fuerzas Armadas, quien ha experimentado una pérdida de empleo por el resultado de la reubicación del miembro activo al tener un cambio permanente de deberes.</p> <p><input type="checkbox"/> CATEGORIA 8 - La esposa de un miembro activo de las Fuerzas Armadas, quien está desempleado, o subempleado y tiene dificultad en obtener o mejorar su empleo.</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones anteriores. Cese/despido por falta de trabajo no hace que las personas reúnan los requisitos para beneficiarse del Programa de Trabajadores Desplazados.</p>				WIOA STAFF USE: <i>Dislocated Worker Verification Accepted:</i> AND <i>Verified Unlikely to Return status for Category 1 and 2</i> <input type="checkbox"/> Case Note Completed
24.	¿CUAL ES LA FECHA APROXIMADA DE SU DESPIDO POR RECORTE DE PERSONAL, si aplica? (mes/día/año)		¿ASISTIO A UNA ORIENTACION DE GRUPO (respuesta rápida)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si es Si, especifique fecha y lugar)		

Solicitud Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA) Servicios

Departamento del Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de
San Bernardino

Nombre del cliente: _____

****ENLISTE LOS ULTIMOS DOS EMPLEOS QUE HA TENIDO, COMENZANDO CON EL MAS RECIENTE (INCLUSO SI ESTA TRABAJANDO ACTUALMENTE) ****

25.	EMPLEADOR QUE YA NO PUDO OFRECER TRABAJO/EMPLEADOR ACTUAL/EMPLEADOR MAS RECIENTE (si aplica):				
26.	DOMICILIO DEL EMPLEADOR:				
27.	CIUDAD DEL EMPLEADOR:	ESTADO DEL EMPLEADOR:	CODIGO POSTAL DEL EMPLEADOR:		
28.	INDUSTRIA:	NOMBRE DE SU CARGO: <u>WIOA STAFF USE:</u> ONet Job Title:	ONet Code:	SALARIO POR HORA: \$	
29.	TELEFONO DEL EMPLEADOR:	FECHA DE COMIENZO: (mes/día/año)	FECHA REAL DEL DESPIDO POR FALTA DE EMPLEO: (mes/día/año)		
30.	HORAS TRABAJADAS POR SEMANA:	RAZON POR LA QUE DEJO EL EMPLEO: (marque uno)	<input type="checkbox"/> Despido por falta de trabajo <input type="checkbox"/> Cesado/despedido <input type="checkbox"/> Todavía empleado <input type="checkbox"/> Abandonó el empleo/renunció al trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____	<u>WIOA STAFF USE:</u> Actual Layoff Date Verification <input type="checkbox"/> Verification from employer <input type="checkbox"/> Rapid Response List <input type="checkbox"/> Notice of Layoff <input type="checkbox"/> Public announcement with cross-match from UI <input type="checkbox"/> Other Applicable Documentation (specify)	
31.	ESPECIFIQUE LA CANTIDAD DEL SALARIO PAGADO Y EL PERIODO DE PAGO: (marque uno) Salario: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Otro (explique)	¿ESTA RECIBIENDO COMPENSACION POR DESEMPLEO? (marque uno) <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Solicitante que cumple con los requisitos referido por WPRS <input type="checkbox"/> Solicitante que cumple con los requisitos que no ha sido referido por WPRS. <input type="checkbox"/> Ha agotado los beneficios. <input type="checkbox"/> No es solicitante ni ha agotado los beneficios.	<u>WIOA STAFF USE:</u> Unemployment Compensation Verification <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation <input type="checkbox"/> UI records (Benefit History, Wage, Record) <input type="checkbox"/> REA Appointment Notice <input type="checkbox"/> Other Applicable Documentation (specify)		
32.	RESUMEN DE LAS TAREAS PRINCIPALES DESEMPEÑADAS EN SU TRABAJO:				
33.	NOMBRE DEL EMPLEADOR ANTERIOR/COMPANIA:				
34.	DOMICILIO DEL EMPLEADOR:				
35.	CIUDAD DEL EMPLEADOR:	ESTADO DEL EMPLEADOR:	CODIGO POSTAL:		
36.	NOMBRE DEL CARGO/OCCUPACION:	FECHA DE INICIO:	FECHA DE TERMINACION:	HORAS TRABAJADAS POR SEMANA:	
37.	RAZON POR LA QUE DEJÓ EL TRABAJO (marque uno)	<input type="checkbox"/> Despido por falta de trabajo <input type="checkbox"/> Cese/despido <input type="checkbox"/> Todavía empleado <input type="checkbox"/> Abandono del trabajo/ renuncia <input type="checkbox"/> Otra: _____	SPECIFIQUE LA CANTIDAD DEL SALARIO RECIBIDO Y EL PERIODO DE PAGO (marque uno) Salary: \$ _____	<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Otro (explique)	
38.	RESUMEN DE LAS TAREAS PRINCIPALES DESEMPEÑADAS EN EL TRABAJO:				
39.	GRADO ESCOLAR MAS ALTO QUE COMPLETO (especifique)	¿TIENE CERTIFICADO DE PREPARATORIA? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>WIOA STAFF USE:</u> Verification if answered NO for HS Diploma : <input type="checkbox"/> School Records <input type="checkbox"/> Applicant Statement/ Self Attestation	¿TIENE DESARROLLO DE LA EDUCACION GENERAL (GED)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<u>WIOA STAFF USE:</u> Verification if answered NO GED: <input type="checkbox"/> School Records <input type="checkbox"/> Applicant Statement

Solicitud Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA) Servicios

Departamento del Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de
San Bernardino

Nombre del cliente: _____

40.	<p>¿ESTA USTED ACTUALMENTE ASISTIENDO A LA ESCUELA? (marque uno)</p> <p><input type="checkbox"/> En la escuela, preparatoria o un nivel menor <input type="checkbox"/> En la escuela, escuela alternativa <input type="checkbox"/> En la escuela, después de la preparatoria <input type="checkbox"/> No asistiendo la escuela, y dejo la preparatoria <input type="checkbox"/> No asistiendo la escuela, certificado de preparatoria</p>			WIOA STAFF USE: School Status Verification <input type="checkbox"/> Training provider verification of enrollment <input type="checkbox"/> Case notes w/verification of enrollment from educ. inst. <input type="checkbox"/> School records <input type="checkbox"/> Attendance <input type="checkbox"/> Drop-out letter <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation				
41.	<p>¿ESTA ACTUAMENTE INSCRITO EN ALGUN CURSO QUE TENGA COMO OBJETIVO OBTENER HSD, GED O CERTIFICACION?</p>			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (especifique) _____				
42.	<p>¿AMA DE CASA DESPLAZADA? (marque uno)</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si – Programa LWIOA-DW <input type="checkbox"/> Si – Programa estatal (TANF) <input type="checkbox"/> Si – Programas (TANF) estatal y WIOA</p>	WIOA STAFF USE: Displaced Homemaker Verification <input type="checkbox"/> Divorce decree or legal separation <input type="checkbox"/> Death Certificate <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation <input type="checkbox"/> Other _____			¿INGLES LIMITADO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿PADRE/MADRE SOLTERO(A)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
43.	<p>¿CARECE DE VIVIENDA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </p>	WIOA STAFF USE: Homeless Verification <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation <input type="checkbox"/> Statement from an Individual Providing Temporary Residence <input type="checkbox"/> Statement from Social Service Agency <input type="checkbox"/> Telephone Verification		¿ABANDONO SU HOGAR? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	WIOA STAFF USE: Runaway Verification <input type="checkbox"/> Applicant Statement <input type="checkbox"/> Statement from a Social Services Agency <input type="checkbox"/> Statement from an Individual Providing Temporary Residence <input type="checkbox"/> Telephone Verification			
44.	<p>¿HA SIDO CONDENADO POR ALGUN DELITO? (marque uno)</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, sin libertad condicional o probatoria. <input type="checkbox"/> Si, bajo libertad condicional <input type="checkbox"/> Si, bajo libertad probatoria.</p>	WIOA STAFF USE: <i>If yes, Give the Prison to Employment Questionnaire for the customer to complete.</i>			¿ABUSO DE SUSTANCIAS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
45.	<p>¿ES USTED UN JOVEN BAJO CUIDADO DE CRIANZA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A </p>	WIOA STAFF USE: Foster Care Verification <input type="checkbox"/> Statement/Referral from Social Services Agency <input type="checkbox"/> Foster care facility resident <input type="checkbox"/> Court/Guardianship documents <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self Attestation, limited cases <input type="checkbox"/> Other _____			¿HABILIDADES BASICAS DEFICIENTES? (marque uno) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	WIOA STAFF USE: Basic Skills Deficient Verification <input type="checkbox"/> Standardized Test <input type="checkbox"/> Applicant Statement <input type="checkbox"/> School Records <input type="checkbox"/> Other _____		
46.	<p>RELACION CON PANDILLAS: (marque uno)</p> <p><input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Miembro de pandilla. <input type="checkbox"/> Involucrado con pandillas <input type="checkbox"/> En riesgo de involucrarse con pandillas.</p>	<p>¿ES USTED UN JOVEN DE PADRES QUE ESTAN ENCARCELADOS?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			NUMERO ASIGNADO POR LIBERTAD CONDICIONAL:			
47.	<p>¿ESTA RECIBIENDO BENEFICIOS DE ASISTENCIA PUBLICA? (marque el que aplique)</p> <p><input type="checkbox"/> Agotó sus beneficios TANF <input type="checkbox"/> Asistencia de dinero en efectivo para refugiados <input type="checkbox"/> Asistencia general/alivio <input type="checkbox"/> Estampillas de comida <input type="checkbox"/> CalWORKs/Ayuda en dinero en efectivo <input type="checkbox"/> No aplica </p>	<p>¿REFERIDO POR EL DEPARTAMENTO DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS?</p> <p>Yes No</p>	<p>WIOA STAFF USE: TANF Verification Accepted:</p> <p>SS Income Verification Accepted:</p> <p>Food Stamp Verification Accepted:</p> <p>Refugee Cash Assistance Verification Accepted:</p> <p>General Assistance/Relief Verification Accepted:</p>					
48.	<p>SITUACION EN RELACION A ESTAMPILLAS DE COMIDA:</p> <p><input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> Recibiendo <input type="checkbox"/> No aplica </p>	<p>¿SE ENCUENTRA BAJO CUIDADO DE CRIANZA APOYADO CON AYUDA PUBLICA?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	WIOA STAFF USE: Foster Child Verification <input type="checkbox"/> Applicant Statement/Self-Attestation <input type="checkbox"/> Court Records/Documentation			<p>¿RECIBE ACTUALMENTE, O HA SIDO NOTIFICADO QUE RECIBIRA DINERO DE BECAS PELL?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si marcó "si", especifique la cantidad en dólares y el año escolar _____ </p>		
49.	<p>TAMAÑO DE LA FAMILIA (01-99):</p>	<p>INGRESO FAMILIAR ESTIMADO POR LOS ULTIMOS 12 MESES: \$</p>			<p>WIOA STAFF USE: Annual Family Income Verification</p>			

Solicitud Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA) Servicios

Departamento del Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de
San Bernardino

Nombre del cliente: _____

50.	¿ESTA ACTUALMENTE BUSCANDO EMPLEO? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿SI ASI ES, QUE TIPO DE EMPLEO? _____	¿TIENE LICENCIA/CERTIFICADO EN ESTE CAMPO DE TRABAJO?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si es Si, especifique) _____
51.	¿TIENE UNA LICENCIA DE MANEJAR VALIDA? (por favor especifique): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Si marcó "si", especifique abajo): <input type="checkbox"/> Clase A/camiones pesados <input type="checkbox"/> Clase B/pasajeros/autobuses <input type="checkbox"/> Clase C/regular <input type="checkbox"/> Clase M/motocicletas Estado _____ Número de licencia# _____		

¡DETÉNGASE! FAVOR DE COMPLETAR ESTA SECCIÓN SÓLO EN LA PRESENCIA DE UN EMPLEADO DEL CONDADO

Declaración del cliente: Al poner mi firma al calce, declaro que he sido informado del contenido de este formulario y que he entendido dicho contenido. Declaro bajo pena de perjurio, que toda la información arriba indicada es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en que cualquier parte de la información que he proporcionado sea objeto a verificación. Entiendo que la falsificación de cualquier parte de la información que he proveído causará mi cancelación del Programa de Inversión de la Fuerza Laboral y podría generar acciones que sean necesarias para recobrar cualquier dinero que haya recibido durante mi permanencia en dicho programa.

FIRMA DEL CLIENTE:	DATE	FECHA EN QUE EL CLIENTE FIRMO: (Si es menor de 18 años, tanto el cliente como el padre/tutor deben firmar un formulario)

-- ESTA SECCIÓN A SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DEL AJCC SOLAMENTE/THIS SETION TO BE COMPLETED IN FULL BY AJCC STAFF ONLY --			
SPECIFY ELIGIBILITY STATUS AND FUNDING INFORMATION:			
ELIGIBILITY DATE:		SPECIFY ELIGIBILITY STATUS AND FUNDING INFORMATION:	
		<input type="checkbox"/> WIOA Adult Services	<input type="checkbox"/> WIOA Dislocated Worker Services
		<input type="checkbox"/> Youth Eligibility	<input type="checkbox"/> Other: _____
STATEWIDE? <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes: _____	
SIGNATURE OF INTERVIEWER:		DATE:	SIGNATURE OF REVIEWER:
			DATE:
Printed Name of Assigned Case Manager: _____			

STAFF USE ONLY: USE THIS SECTION TO LIST ACTIVITY RECORDS TO BE ENTERED FOR SERVICES PROVIDED.						
Key – Agency Code B01 = Rancho AJCC C01 = San Bernardino AJCC H01 = High Desert AJCC		Key – Completion Code 1 = Successful Completion 2 = Participation Waived/Exempted 5 = Unsuccessful Completion-Dropped Out			6 = Unsuccessful Completion-Provider Closed 7 = Unsuccessful Completion-Failed to Report 8 = Unsuccessful Completion-Unable to Contact	
ACT 1	Customer Program Code: <input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> DW	Agency Code: <input type="checkbox"/> B01 <input type="checkbox"/> C01 <input type="checkbox"/> H01	3-Digit Activity Code and Description:		Begin Date (mm/dd/yyyy)	Est/End Date (mm/dd/yyyy)
ACT 2	Customer Program Code: <input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> DW	Agency Code: <input type="checkbox"/> B01 <input type="checkbox"/> C01 <input type="checkbox"/> H01	3-Digit Activity Code and Description:		Begin Date (mm/dd/yyyy)	Est/End Date (mm/dd/yyyy)