



# Documentos de Divulgacion de la Solicitud- Juvenil

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

<b>Nombre y Apellido:</b>	<b>Ultimos 4 SS:</b>
<b>Proveedor Juvenil:</b>	

## ACUERDO DE SEGUIMIENTO

WIOA es un programa fundado por el gobierno federal, que requiere monitorear el progreso de nuestros participantes, incluida la verificación de empleo, durante un año después de salir del programa.

### Declaración del Participante sobre la Divulgación de Información:

Al ser inscrito en el Programa de WIOA, acepto notificar a su oficina si cambia mi dirección. También acepto proporcionar información que incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono de mi empleador, la cantidad de horas que estoy trabajando, mi fecha de inicio, mi tasa de pago y la descripción de mi trabajo.

Por la presente doy permiso al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Bernardino para verificar mi estado de empleo en 'The Work Number', utilizando mi información del seguro social durante toda la duración de mi participación en el Programa de WIOA.

También doy permiso a mi empleador para que divulgue información sobre mi empleo y ganancias al programa de Empleo del Departamento de Desarrollo Laboral del Condado de San Bernardino. Entiendo que la información que proporcioné se mantendrá estrictamente confidencial.

### **Nepotismo** – – Por favor, lea y responda las preguntas a continuación::

1. Es un miembro de su familia inmediata (cónyuge, padre, hijo, hermano, hermana, pariente, tío, tía, sobrino, sobrina, primo hermano, padrastro o hijastro) un funcionario electo de la ciudad o del condado?

Si No Si respondió "sí", cuál es su nombre, título elegido y relación con usted?

2. Es un miembro de su familia inmediata (cónyuge, padre, hijo, hermano, hermana, pariente, tío, tía, sobrino, sobrina, primo hermano, padrastro, hijastro) un empleado de una ciudad o condado?

Si No Si respondió "sí", ¿cuál es su nombre, organización, posición y relación con usted?

### **Información del Contacto** – Indique dos personas que NO viven en su hogar y siempre sabrá cómo contactarlo

	NOMBRE Y APELLIDO	CORREO ELECTRONICO	NUMERO DE TELEFONO
1.			
	DIRECCION	CIUDAD	ESTADO Y CODIGO POSTAL
2.	NOMBRE Y APELLIDO	CORREO ELECTRONICO	NUMERO DE TELEFONO
	DIRECCION	CIUDAD	ESTADO Y CODIGO POSTAL

Yo he leído y entendido el ACUERDO DE SEGUIMIENTO de Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA).

Iniciales



# Documentos de Divulgacion de la Solicitud- Juvenil

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

## LISTA DE ORIENTACIÓN PARA LA JUVENTUD

Orientacion conducida por: \_\_\_\_\_

Certifico que me han explicado los siguientes elementos en detalle, en esta fecha. Por favor marque todos los que apliquen.

- Procedimiento de Queja y Reclamo
- Procedimiento de Denuncia de Igualdad de Oportunidades Y procedimientos de Denuncia de Discriminacion
- Responsabilidad de los participantes y resultados esperados
- Logro de habilidad
- Procedimientos de empleo
- Póliza de insentivo
- Expectativas del taller de trabajo
- Deficiencia de habilidades básicas
- Metas y barreras
- Estrategia de servicio individual (ISS)
- Procedimientos de evaluacion
- Salario minimo
- Servicios para jovenes mayores de 18 anos disponibles en el Centro De Trabajo Americano de California (AJCC)

**Yo he leído y entendido cada elemento mencionado anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
Iniciales

## DIVULGACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA IMAGEN, EL NOMBRE, LA VOZ Y/O LA ENTREVISTA

Al firmar este formulario, otorgo irrevocablemente al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Bernardino (WDD) ("Condado") el derecho absoluto e irrevocable ahora y en el futuro (Por favor ponga sus iniciales en todos los que correspondan):

Crear y obtener imágenes, fotografías, vídeo, audio, entrevistas, relatos, historias personales y cualquier otra grabación o documento, en cualquier medio conocido o futuro, de mi nombre, imagen, voz, semejanza, información personal u otros elementos ("Grabaciones") relacionadas con los servicios prestados por el Condado de conformidad con la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuera Laboral.

Usar, publicar, distribuir, copiar o transmitir estas grabaciones, ya sea en forma total o parcial, individualmente o en conexión con otro material, en todos los medios, incluyendo, pero no limitado a, presentaciones, exhibiciones, folletos, y otros materiales oficiales, incluyendo por Internet, para promover el programa WIOA, sin restricciones en cuanto a la alteración; y el uso de mi nombre en conexión con cualquier grabación si el Condado así lo elige.

Usar mi historia y mis citas de discurso, si las proporciono al Condado sobre mí mismo, en presentaciones, exhibiciones, folletos, y otros materiales oficiales, incluyendo por Internet, para promover el programa WIOA, sin restricciones en cuanto a la alteración; y para usar mi nombre si el condado así lo elige.

El Condado tendrá todos los derechos, títulos e intereses sobre las Grabaciones, incluyendo mi historia y mis citas de discurso. Por la presente renuncio a cualquier inspección o aprobación de uso. También renuncio y libero al Condado de cualquier reclamo basado en invasión de privacidad, derecho de publicidad, difamación, respaldo falso o reclamo de alteración visual o de audio o reproducción mecánica defectuosa.

Mis iniciales indican que este formulario está completo y ha sido leído por mí (o para mí) y que estoy de acuerdo con los puntos marcados y que no se me ha hecho ninguna promesa o representación de ningún tipo.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Deseo excluirme de la Autorización para los Medios de Comunicación.

\_\_\_\_\_  
Iniciales



## Documentos de Divulgacion de la Solicitud- Juvenil

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO MÉDICO

**Si el participante es menor de 18 años, complete lo siguiente:**

Yo \_\_\_\_\_ el abajofirmante padre y/o el tutor legal \_\_\_\_\_ cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_ autorizo por este medio tratamiento medico y/o quirúrgico por un médico(MD) con licencia del Estado de California y/o un hospital con licencia del Estado de California y/o sala de emergencias con licencia y/o una clínica privada operada por un médico autorizado (MD) y debidamente certificado y con licencia en el Estado de California y/o sus representantes como agente(s), para que el abajofirmante consienta a cualquier radiografía, laboratorio, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, o tratamiento y atención hospitalaria que se considere aconsejable por y debe ser prestada bajo la supervisión general o especial de un médico con licencia (MD) según las disposiciones de la Ley de Práctica Médica y que está en el personal del hospital acreditado, si dicho diagnóstico o tratamiento se realiza en la oficina del médico tratante o en cualquier hospital acreditado.

Entiendo que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico específico, tratamiento u hospitalización requerida, pero se otorga para proporcionar autoridad, consentimiento y poder por parte de nuestros agentes mencionados para dar un consentimiento específico a cualquiera el diagnóstico, el tratamiento o la atención hospitalaria que el médico antes mencionado en el ejercicio de su juicio médico y quirúrgico pueda considerar aconsejable de conformidad con las disposiciones del Código Civil § 25.8 de California.

Además, está autorizado a divulgar y/o recibir todos y cada uno de los registros médicos y/o información médica relacionada con y/o para ayudar en el tratamiento otorgado al menor mencionado anteriormente con respecto al menor/accidente/o lesión industrial del menor.

Medico de Familia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si el participante tiene 18 años o más, proporcione un contacto de emergencia. En caso de emergencia, por favor notifique**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Por favor indique la información física personal de la que el hospital o el médico deberían estar al tanto en caso de enfermedad o lesión (por ejemplo: diabetes, reacciones a medicamentos, problemas cardiacos, medicamentos que actualmente usa, alergias, etc.).



## Documentos de Divulgacion de la Solicitud- Juvenil

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

### Quejas del Programa y Procedimientos de Quejas

Si crees que has sido afectado negativamente por una decisión o acción del sistema local de empleo que está en violación de la Ley de Innovación y Oportunidades de Empleo (WIOA), puedes presentar una queja en cualquier momento dentro de un año de la supuesta violación utilizando el proceso descrito a continuación.

**Si su queja involucra discriminación, por favor consulte los “Procedimientos de Queja por Discriminación” a continuación.**

1. Pida hablar con un Supervisor del Programa dentro de los 90 días del día en que ocurrió el incidente <ul style="list-style-type: none"><li>• Un supervisor se comunicará con usted dentro de los tres (3) días laborales para revisar su queja o reclamo.</li><li>• Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 2</li></ul>
2. Pida hablar con el Director del Programa sobre su queja. <ul style="list-style-type: none"><li>• El Director del Programa se pondrá en contacto con usted dentro de los tres (3) días laborales.</li><li>• Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 3.</li></ul>
3. Pida hablar con el Analista del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral sobre el Programa Juvenil WIOA <ul style="list-style-type: none"><li>• El Analista se pondrá en contacto con usted dentro de los tres (3) días laborales del paso 2.</li><li>• Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 4.</li></ul>
4. Pida hablar con un Subdirector del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral sobre su queja o reclamo. <ul style="list-style-type: none"><li>• El Subdirector se pondrá en contacto con usted dentro de los siete (7) días laborales del paso 3.</li><li>• Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 5.</li></ul>
5. El Subdirector organizará una reunión para que usted discuta su queja o reclamo con el personal, los testigos y su proveedor de servicios. <ul style="list-style-type: none"><li>• La reunión tendrá lugar dentro de los 25 días laborales posterior al día en que habló con el Supervisor del Programa sobre su queja o reclamo.</li><li>• Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 6.</li></ul>
6. Complete el Formulario de Quejas del Programa y Solicitud de Quejas para Audiencia – Formulario 181C, disponible del Analista. Tiene derecho a una audiencia sobre cualquier queja o reclamo que se llevará a cabo por un oficial imparcial de audiencia dentro de los 30 días posterior a la presentación del formulario 181C. Envíe el formulario completo a:  Adriana Escobedo Administration Manager/Equal Opportunity Officer RIVCO, Workforce Development Division 1325 Spruce Street, Suite 400, Riverside, CA 92507  Si experimentas un incidente de restricción, coerción o represalia como resultado de presentar una queja, también puedes presentar una apelación o solicitar una revisión separada por parte del Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD). Para presentar una apelación, envía tu solicitud a: Chief, Compliance Review Office, MIC 22-M, Employment Development Department, P.O. Box 826880, Sacramento, CA 94280-0001.  <b>Si ocupa asistencia técnica con la presentación de su queja, comuníquese con el Oficial de Igualdad de Oportunidades al (909) 383-9928. Los usuarios de TTY pueden comunicarse con el Oficial de Igualdad de Oportunidades a través del servicio de retransmisión de California (711).</b>

**He leído y entiendo el procedimiento de quejas del programa del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral.**

\_\_\_\_\_  
Iniciales



## Documentos de Divulgacion de la Solicitud- Juvenil

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

### La Igualdad de Oportunidades es la Ley

#### **Es ilegal que este programa que es el beneficiario de asistencia financiera federal discrimine sobre las siguientes bases:**

- Contra cualquier persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad, afiliación política o creencia; y
- Contra cualquier beneficiario de programas asistidos financieramente bajo el Título I de la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral, sobre la base de la ciudadanía / estado del beneficiario como inmigrante admitido legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos, o su participación en cualquier programa o actividad con asistencia financiera del Título I de WIOA

#### **El beneficiario no debe discriminar en ninguna de las siguientes áreas:**

- Decidir quién será admitido, o tendrá acceso, a cualquier programa o actividad con asistencia financiera del Título I de WIOA;
- Brindar oportunidades en, o tratar a cualquier persona con respecto, a tal programa o actividad; o
- Tomar decisiones de empleo en la administración de, o en relación con, tal programa o actividad.

#### **Qué Hacer Si Cree Haber Experimentado Discriminación**

**Si cree que ha sido víctima de discriminación bajo un programa o actividad que recibe asistencia financiera federal del Título I de WIOA, puede presentar una queja dentro de los 180 días a partir de la fecha de la presunta infracción con cualquiera::**

- El Oficial de Igualdad de Oportunidades del programa (o la persona que el programa ha designado para este fin); o
- El Director del Centro de Derechos Civiles (CRC), bajo el Departamento de Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue NW, Sala N-4123, Washington, DC 20210.

Si presenta su reclamo ante el beneficiario, debe esperar hasta que el beneficiario emita un Aviso de Acción Final por escrito, o hasta que hayan transcurrido 90 días (lo que ocurra primero), antes de presentarlo ante del Centro de Derechos Civiles (consulte la dirección anterior).

Si el beneficiario no le entrega un Aviso de Acción Final por escrito dentro de los 90 días a partir de la fecha en que presentó su reclamo, no tiene que esperar a que el beneficiario emita ese Aviso antes de presentar un reclamo ante el CRC. Sin embargo, debe presentar su queja al CRC dentro de los 30 días de la fecha del límite de los 90 días (en otras palabras, dentro de los 120 días después del día en que presentó su reclamo ante el beneficiario).

Si el beneficiario le entrega un Aviso de Acción Final por escrito sobre su reclamo, pero usted no está satisfecho con la decisión o resolución, puede presentar un reclamo ante el CRC. Debe presentar su queja al CRC dentro de los 30 días posterior a la fecha en que recibió el Aviso de Acción Final.

#### **Para obtener información o someter una queja en compañía con el beneficiario, contacte:**

Fred Burks, Equal Opportunity Officer  
San Bernardino County Workforce Development  
Department, 290 North D Street – Suite 600, San  
Bernardino, CA 92415 Phone: (909) 387-9845,  
California Relay Service: 711 Fax: (909) 889-2460  
fburks@wdd.sbcounty.gov

**He leído lo anterior y entiendo mis derechos de igualdad de oportunidades conforme a la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA).**

\_\_\_\_\_  
Iniciales

***El financiamiento para este programa es provisto por la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Bernardino (WDB). Este programa o actividad con asistencia financiera del Título 1 de WIOA y el WDB son empleadores con igualdad de oportunidades. Los auxiliares y servicios auxiliares están disponibles bajo petición para personas con discapacidades.***



## Documentos de Divulgacion de la Solicitud- Juvenil

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

### Procedimientos de Queja de Discriminacion

Si cree que ha experimentado discriminación en su programa, actividad o servicio de la Ley Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA), puede presentar una queja mediante el siguiente proceso.

- |  |
|--|
| 1. Pida hablar con un Supervisor del Programa dentro de los 90 días del incidente. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Un supervisor se comunicará con usted dentro de los tres (3) días laborales para revisar el incidente.</li><li>▪ Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 2.</li></ul>   |
| 2. Pida hablar con el Director del Programa sobre el incidente. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ El Director del Programa se pondrá en contacto con usted dentro de los tres (3) días laborales del día en que habló con el supervisor sobre el incidente.</li><li>▪ Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 3.</li></ul>   |
| 3. Pida hablar con el Analista del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral sobre el Programa Juvenil WIOA. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ El Analista se pondrá en contacto con usted dentro de los cinco (5) días laborales del día en que habló con el Director del Programa sobre el incidente.</li><li>▪ Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 4.</li></ul>   |
| 4. Pida hablar con el Oficial de la Igualdad de Oportunidades del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral sobre el incidente. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ El Oficial de la Igualdad de Oportunidades se pondrá en contacto con usted dentro de los siete (7) días laborales del día en que habló con el Analista de Desarrollo de la Fuerza Laboral sobre el incidente.</li><li>▪ Si no está satisfecho con la decisión, vaya al Paso 5</li></ul>        |
| 5. Obtenga el "Formulario de Información de Quejas por Discriminación – Formulario 190". Envíe el formulario completo a:<br><br>Fred Burks, Equal Opportunity Officer<br>San Bernardino County Workforce Development Department<br>290 North D Street, Suite 600<br>San Bernardino, CA 92415<br><br><b>El Oficial de la Igualdad de Oportunidades debe recibir su queja por escrito a más tardar 180 días después de la fecha en que cree que ocurrió la discriminación.</b> |

He leído y entiendo el procedimiento de quejas por discriminación del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral. Entiendo que si siento que he experimentado discriminación, puedo usar este procedimiento, o puedo enviar una queja por escrito directamente al Oficial de la Igualdad de Oportunidades a la dirección anterior.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

***El financiamiento para este programa es provisto por la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Bernardino (WDB). Este programa o actividad con asistencia financiera del Título 1 de WIOA y el WDB son empleadores con igualdad de oportunidades. Los auxiliares y servicios auxiliares están disponibles bajo petición para personas con discapacidades.***



## Documentos de Divulgacion de la Solicitud-Juvenil

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

### Divulgacion del Participante

Como participante del programa juvenil fundado por la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA), usted puede participar en las actividades y programas de las agencias asociadas al Centro de Trabajo Americano de California del Condado de San Bernardino (AJCC). Al firmar este documento, usted autoriza al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de San Bernardino (WDD) a intercambiar información sobre usted con las siguientes agencias, según sea necesario, y de estas agencias al WDD:

Agencias AJCC del Condado de San Bernardino

Proveedores de formación laboral o capacitación

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**Toda la información intercambiada entre las agencias mencionadas se mantendrá en la más estricta confidencialidad. Se requerirá una solicitud por escrito para revocar esta autorización.**

#### Declaración del cliente:

Autorizo a la Agencia/Institución /Proveedor elegido arriba que pueda comunicar información sobre mí al Departamento de WDD del Condado de San Bernardino. Entiendo que esta autoridad permanecerá vigente a menos que decida revocarla. Este formulario se completó en su totalidad y lo leí (o me lo leyeron) antes de firmarlo.

Rechazo la autorización.

### DECLARACION DEL CLIENTE

Al poner mi firma al calce, declaro que he sido informado del contenido de este formulario y que he entendido dicho contenido.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (IMPRIMIR):	FIRMA DEL PARTICIPANTE	FECHA