



## Testimonio del Solicitante

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

Nombre del Solicitante : \_\_\_\_\_ Los últimos 4  
dígitos del  
Proveedor Juvenil: \_\_\_\_\_ seguro social: \_\_\_\_\_

Jóvenes – Complete esta sección para los clientes que ingresan a los servicios de la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral (WIOA), y que atestiguan a los elementos aprobados que se encuentran a continuación. Este formulario se utiliza como último recurso cuando la documentación solicitada no está disponible y se debe anotar en el archivo del caso.

Por favor, marque todas las casillas que apliquen a Usted:

Declaración de Falta de Hogar	Declaración para Jóvenes que Necesitan Asistencia
Declaración de Cuidado de Crianza	Declaración de Abandono de la Escuela Secundaria
Declaración de Abuso de Sustancias	Declaración de Ingresos

En el espacio a continuación, **proporcione una explicación de por qué no puede obtener razonablemente la documentación para cada casilla que marcó arriba.**

Atestiguo que la información proporcionada anteriormente es cierta y precisa, además entiendo que si la información anterior, es falsa o incompleta, puede ser causa de terminación inmediata y / o sanciones como se especifica en la ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Imprima el Nombre del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si el Solicitante es menor de 18 años de edad:**

\_\_\_\_\_  
Firma del Oficial Certificador

\_\_\_\_\_  
Imprima Nombre del Oficial Certificador

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### For office use only

In the space below, provide an explanation for why eligibility documentation could not be obtained. Every effort must be made to obtain the necessary documentation.

\_\_\_\_\_  
Certifying Official Signature

\_\_\_\_\_  
Certifying Official's Printed Name

\_\_\_\_\_  
Date