



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

Nombre del Solicitante : _____

Los ultimos 4
dígitos del
seguro social: _____

Proveedor Juvenil: _____

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 anotarse en el archivo del caso.

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

Declaración de Falta de Hogar

Declaración de Cuidado de Crianza

Declaración de Abuso de Sustancias

Declaración para Jóvenes que Necesitan Asistencia

Declaración de Abandono de la Escuela Secundaria

Declaración de Ingresos

En el espacio a continuación, **proporcione una explicación de porqué 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