

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL CENTRO DE RECURSOS PROFESIONALES FRANKLIN HAMPSHIRE

Staff Use Only

Acérquese a algún miembro del personal de recepción si necesita ayuda para completar este formulario

MOSES ID	Date	Initials

1 El Centro de Recursos Profesionales Franklin Hampshire y nuestras agencias de personal asociadas, ofrecen una gran variedad de servicios laborales, de capacitación y de asistencia.

¿Qué método de transporte usa? (Marque TODO lo que corresponda).

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Camino o uso bicicleta. | <input type="checkbox"/> Conduzco pero mi vehículo no es confiable. | <input type="checkbox"/> Consigo que me lleven con regularidad. |
| <input type="checkbox"/> Uso el transporte público. | <input type="checkbox"/> Conduzco y tengo un vehículo confiable. | <input type="checkbox"/> A veces consigo que me lleven. |

¿Cómo podemos ayudar? (Marque TODO lo que corresponda).

Me gustaría:

- solicitar un seguro de desempleo
- mejorar mi inglés
- mejorar mi lectura
- mejorar mi competencia en matemática
- obtener mi GED/diploma
- obtener capacitación laboral
- ir a la universidad
- conseguir un trabajo de tiempo completo
- conseguir un trabajo de tiempo parcial

Necesito ayuda para/con:

- mi reclamo actual del seguro de desempleo
- redactar mi currículum y carta de presentación
- responder las preguntas de entrevista
- completar una solicitud de trabajo en línea
- encontrar ofertas laborales
- explorar profesiones y evaluar mis aptitudes
- para conseguir un trabajo mejor
- educación financiera o administración del dinero
- educación informática

Necesito asistencia:

- con cuidado infantil
- con vivienda
- legal
- de salud
- financiera
- de transporte
- de ciudadanía o inmigración
- por consumo de sustancias

Marque todas las agencias o servicios que utiliza actualmente o utilizó el año pasado:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma | <input type="checkbox"/> SNAP/cupones de alimentos | <input type="checkbox"/> Healthy Families |
| <input type="checkbox"/> Clases de GED/HiSET | <input type="checkbox"/> Distribuidor de alimentos | <input type="checkbox"/> Mediación |
| <input type="checkbox"/> Servicios de ciudadanía o inmigración | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Administración de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> HeadStart | <input type="checkbox"/> Beneficios en efectivo del DTA | <input type="checkbox"/> Mass Rehab |
| <input type="checkbox"/> Cupón para guardería infantil | <input type="checkbox"/> Comisión para Personas Ciegas de Massachusetts | <input type="checkbox"/> MassHealth |
| <input type="checkbox"/> Centro de recursos para familias | <input type="checkbox"/> Asistencia voluntaria de impuestos (VITA) | <input type="checkbox"/> Acción comunitaria |
| <input type="checkbox"/> Otro centro profesional | <input type="checkbox"/> Asistencia con combustible o impermeabilización | <input type="checkbox"/> Refugios/HomeBASE |
| | <input type="checkbox"/> The Literacy Project (Proyecto de alfabetización) | <input type="checkbox"/> Sección 8, RAFT, MRVP |
| | <input type="checkbox"/> Centro para Nuevos Estadounidenses | <input type="checkbox"/> Conexiones profesionales de CPN |

_____ Nombre del centro profesional

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL CENTRO DE RECURSOS PROFESIONALES FRANKLIN HAMPSHIRE

<p>2 Información general</p> <p>Primer nombre <input style="width:150px; height:25px;" type="text"/> Apellido <input style="width:150px; height:25px;" type="text"/></p> <p>Fecha de nacimiento <input style="width:150px; height:25px;" type="text"/> / <input style="width:20px; height:25px;" type="text"/> / <input style="width:20px; height:25px;" type="text"/> Número de Seguro Social <input style="width:150px; height:25px;" type="text"/></p> <p>Se identifica con el género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Eligió no responder</p>	<p>3 Dirección</p> <p>Dirección, calle <input style="width:150px; height:25px;" type="text"/> Ciudad <input style="width:150px; height:25px;" type="text"/></p> <p>Estado <input style="width:50px; height:25px;" type="text"/> Código postal <input style="width:50px; height:25px;" type="text"/> Teléfono Principal <input style="width:150px; height:25px;" type="text"/></p> <p>Correo electrónico <input style="width:150px; height:25px;" type="text"/> Otro teléfono <input style="width:150px; height:25px;" type="text"/></p> <p>Mejor forma de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> Teléfono de su casa <input type="checkbox"/> Correo electrónico</p>
<p>4 Información militar</p> <p>1. ¿Prestó servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete la información que aparece a continuación.</p> <p>2. ¿Es usted cónyuge de un veterano del servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si respondió negativamente a las preguntas 1 y 2, continúe a la sección 5.</p> <p>División: <input type="checkbox"/> Fuerza aérea <input type="checkbox"/> Cuerpo de marines <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Marina</p> <p>Dates of Service: Start Date <input style="width:150px; height:25px;" type="text"/> / <input style="width:20px; height:25px;" type="text"/> / <input style="width:20px; height:25px;" type="text"/> Release Date <input style="width:150px; height:25px;" type="text"/> / <input style="width:20px; height:25px;" type="text"/> / <input style="width:20px; height:25px;" type="text"/></p> <p><i>Los veteranos reciben prioridad de servicio en nuestro centro; háganos saber su estado militar.</i></p> <p><i>Los cónyuges de militares pueden ser elegibles para recibir servicios especiales.</i></p> <p>Type of Discharge: <input type="checkbox"/> Honrosa <input type="checkbox"/> Dishonrosa <input type="checkbox"/> Otra: <input style="width:100px; height:25px;" type="text"/> Other Discharge Type</p> <p>¿Tiene un formulario DD214? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene una insignia de campaña? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene una discapacidad relacionada con el servicio prestado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿qué porcentaje de discapacidad tiene? <input style="width:50px; height:25px;" type="text"/> %</p>	
<p>5 Grupo étnico</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>6 Contacto de emergencia</p> <p>Nombre <input style="width:150px; height:40px;" type="text"/></p> <p>Relación <input style="width:150px; height:40px;" type="text"/> Teléfono <input style="width:150px; height:40px;" type="text"/></p>
<p>7 Raza Marque TODO lo que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Información no disponible <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico</p>	
<p>8 Trabajadores agrícolas</p> <p>En los últimos 12 meses, ¿ha trabajado en el sector agrícola? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cómo se califica? <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola temporal</p> <p><i>Los trabajadores agrícolas migrantes o temporales pueden ser elegibles para recibir servicios especiales.</i></p>	

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL CENTRO DE RECURSOS PROFESIONALES FRANKLIN HAMPSHIRE

9 Idioma

¿Cuál es su primer idioma? ¿Qué idioma hablan en su hogar?

¿Qué otros idiomas habla?

10 Empleo y estado del de desempleo

¿Trabaja actualmente? Si No En caso afirmativo, ¿qué tipo de trabajo tiene? De tiempo completo De tiempo parcial Permanente Temporal

¿Recibe seguro de desempleo? Si No Si lo sabe, ¿cuándo comenzó su seguro de desempleo?

¿Recibió un aviso de despido? Si No Si lo sabe, ¿cuál es la fecha de despido?

¿Tiene una fecha de recontractación? Si No Si lo sabe, ¿cuál es la fecha de recontractación?

¿Agotó sus beneficios de desempleo? Si No Si lo sabe, ¿cuándo terminó su seguro de desempleo?

La información de empleo nos ayuda a determinar la elegibilidad para el programa. Avísenos si está trabajando.

Si recibe SSI o SSDI, inscribáse para asistir a una reunión de bienvenida sobre discapacidad para saber cómo el Programa "Ticket to Work" del Seguro Social puede ayudarle a encontrar trabajo.

11 Elegibilidad para trabajar

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si No En caso negativo, ¿está autorizado a trabajar en los Estados Si No

Los residentes indocumentados son elegibles para muchos servicios, incluidos talleres, salón de recursos y derivaciones.

12 Información de discapacidad

¿Considera que tiene una discapacidad? Si No En caso negativo, continúe a la sección 13.

¿Recibe seguridad social? Si No En caso afirmativo: SSI SSDI

¿Trabaja con algún programa de rehabilitación vocacional o de búsqueda laboral? Si No En caso afirmativo, ¿con qué programa o agencia trabaja?

Las personas con discapacidad pueden ser elegibles para servicios especiales. Avísenos si tiene, o piensa que tiene, una discapacidad.

Si recibe SSI o SSDI, inscribáse para asistir a una reunión de bienvenida sobre discapacidad para saber cómo el Programa "Ticket to Work" del Seguro Social puede ayudarle a encontrar trabajo.

13 Información sobre el ingreso familiar o del grupo familiar

Estado: Soltero/a Casado/a Cabeza/jefe de familia

¿Tiene niños dependientes en su grupo familiar? Si No En caso afirmativo, ¿cuántos?

Incluido usted, ¿cuál es el tamaño de su grupo familiar? Número de miembros del grupo familiar

¿Ha trabajado principalmente en su casa y contó con el apoyo de un miembro de su familia? Si No En caso afirmativo, ¿cuántos? Número de niños dependientes

Marque todas las fuentes de ingreso o asistencia que los miembros del grupo familiar hayan recibido en los últimos 6 meses:
Esta información se usa ÚNICAMENTE para determinar la elegibilidad para el programa.

<input type="checkbox"/> Subsidio por desempleo	<input type="checkbox"/> Beneficios en Efectivo del Departamento de Asistencia Transitoria (TAFDC)	<input type="checkbox"/> Asistencia al refugiado
<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Asistencia de Emergencia para Personas Mayores, Discapacitados y Niños (EAEDC)	<input type="checkbox"/> Pensión o jubilación
<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social por Discapacidad (SSDI)	<input type="checkbox"/> Compensación del trabajador
<input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos)	<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Almuerzo gratuito o a precio reducido	<input type="checkbox"/> Jubilación del Seguro Social	

Tipo de ingreso

La información sobre la familia o grupo familiar nos ayuda a determinar la elegibilidad para el programa.

Las amas/os de casa desplazadas, pueden ser elegibles para recibir servicios especiales.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL CENTRO DE RECURSOS PROFESIONALES FRANKLIN HAMPSHIRE

14 Educación

¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha terminado? _____

	Nombre de la institución	Tipo de título o certificado	Especialización	Terminado	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Escuela Secundaria (High School)				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Instituto de formación profesional				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Universidad				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Otro				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

15 Historial laboral

Mencione sus últimos 4 empleos, el más reciente primero:

Nombre de la compañía	Ciudad, estado	Puesto	Salario	Por	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Cantidad de horas por semana	Motivo de la finalización laboral
				<input type="checkbox"/> Hour <input type="checkbox"/> Year				
				<input type="checkbox"/> Hour <input type="checkbox"/> Year				
				<input type="checkbox"/> Hour <input type="checkbox"/> Year				
				<input type="checkbox"/> Hour <input type="checkbox"/> Year				

Certifico en la medida de mis capacidades que la información anterior es verdadera, y me comprometo a cumplir con el Código de Conducta del Centro de Recursos Profesionales publicado.

Acepto que la información que brindé en este formulario esté sujeta a verificación.

Firma del cliente

Fecha