




OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #16-13-OPE

INTRODUCTION AND REVISION OF SIX FORMS: FIA-1155, FIA-1155A, FIA-1155B, FIA-1157, W-100F AND THE W-100J

Date: February 11, 2016	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to introduce four new forms and to revise two existing forms:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Office of Child Support Enforcement (OCSE) Employability Assessment form (FIA-1155) has been created and will be used by the Office of Child Support Enforcement (OCSE). • Office of Child Support Enforcement (OCSE) Employability Declaration form (FIA-1155a) has been created and will be used by the Office of Child Support Enforcement (OCSE). • Employability Assessment for Notice To Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) for Voluntary Referral to Vendors form (FIA-1155b) has been created and will be used by the SNAP program. • Do You Still Need Cash Assistance? form (FIA-1157) has been created and will be used by the Cash Assistance program. • Employability Assessment for ABAWDS Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) form (W-100F) has been revised and is being used by the SNAP program. • Employability Declaration for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) form (W-100J) has been revised and is being used by the SNAP program. <p>Samples of the forms are attached.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center Fax* or fax to: (917) 639-0298

Attachments:

FIA-1155	Office of Child Support Enforcement (OCSE) Employability Assessment
FIA-1155 (S)	Office of Child Support Enforcement (OCSE) Employability Assessment
FIA-1155a	Office of Child Support Enforcement (OCSE) Employability Declaration
FIA-155a (S)	Office of Child Support Enforcement (OCSE) Employability Declaration
FIA-1155b	Employability Assessment for Notice To Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) for Voluntary Referral to Vendors
FIA-1155b (S)	Employability Assessment for Notice To Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) for Voluntary Referral to Vendors
FIA-1157	Do You Still Need Cash Assistance
FIA-1157 (S)	Do You Still Need Cash Assistance
W-100F	Employability Assessment for ABAWDS Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Rev. 12/21/15)
W-100F (S)	Employability Assessment for ABAWDS Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Rev. 12/21/15)
W-100J	Employability Declaration for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
W-100J (S)	(Rev. 12/3/15) Employability Declaration for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Rev.12/3/15)



Date: _____
CSMS Number: _____
Case Name: _____
Center: _____

Office of Child Support Enforcement (OCSE) Employability Assessment

Assessment Status: _____ Program Type: _____ Printed on: _____

DEMOGRAPHICS	
Participant Name:	Case Number/Line Number:
Assessment Date:	DOB:
Vendor:	

A) PREVIOUS EMPLOYMENT: List of your last 3 jobs (excluding current)

Employer	Occupation	Start Date	End Date	Reason for leaving

B) EDUCATION AND TRAINING

Language Proficiency:

Native Language: _____ If other, specify: _____

Can you: Speak English? Yes No

Write English? Yes No

Read English? Yes No

Education and Training:

Have you undertaken an education program in the last 3 years? Yes No

High School Diploma or GED? Yes No

Highest grade/Level achieved: _____

Participant's Employment Goal: _____

Necessary steps to reach the goal: _____

Are you currently enrolled or requesting enrollment in a training program? Yes No

Licenses/Certificates:

Do you have any licenses/certificates? Yes No

Licenses	Date Received	Status

C) SPECIAL CIRCUMSTANCES

Do you have history of military service? Yes No

If yes, comments: _____

Is there an active child support order against you? Yes No

Do you have child support? Yes No

If yes, comments: _____

Do you have any criminal records or jail? Yes No

D) TABE SCORES

Reading Score: _____ Math Score: _____

Test Language: _____ Date of the Test: _____

E) ASSIGNED HOURS: Job Search Hours

Required Monthly Job Search Hours: _____ Site Name: _____ Start Date: _____

	MON	TUES	WED	THURS	FRI	SAT	SUN
FROM:							
TO:							

Effective Date: _____

F) PARTICIPANT CERTIFICATION

I am not currently assigned to another HRA-approved work activity. I understand that my voluntary assignment will require participation in a training program or job search to help me secure employment.

Participant Signature: _____ Date: _____

Vendor Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____
Número de CSMS: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____

Evaluación de Empleabilidad de la Oficina de Ejecución de Mantenimiento de Niños (OCSE)

Estado de la Evaluación: _____ Tipo del Programa: _____ Imprimido el: _____

Estadísticas Demográficas	
Nombre del Participante:	Núm. del Caso/Núm. de Línea:
Fecha de la Evaluación:	Fecha de Nacimiento:
Contratista:	

A) EMPLEO ANTERIOR: Liste los 3 trabajos anteriores (Excluya el actual.)

Empleador	Oficio	Fecha de Comienzo	Fecha de Terminación	Motivo de Abandono

B) EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

Dominio lingüístico:

Lengua materna: _____ Si otra, especifique: _____
¿Sabe: hablar inglés? Sí No
 escribir inglés? Sí No
 leer inglés? Sí No

Educación y capacitación:

¿Ha emprendido usted un programa educacional en los últimos 3 años? Sí No
¿Diploma de bachillerato o GED? Sí No
Más alto nivel educativo logrado: _____
Objetivo laboral del participante: _____
Pasos necesarios a tomar para lograrlo: _____
¿Está usted actualmente inscrito(a) o solicita inscripción en un programa de capacitación? Sí No

Permisos/Certificados:

¿Cuenta con algún permiso o certificado? Sí No

Permisos	Fecha de recibimiento	Estado

C) CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

¿Tiene usted antecedentes militares? Sí No

En caso afirmativo, comentarios: _____

Tiene una orden activa de manutención de niños en su contra? Sí No

¿Tiene manutención de niños? Sí No

En caso afirmativo, comentarios: _____

¿Tiene antecedentes penales o ha estado encarcelado(a)? Sí No

D) PUNTAJE DE TABE

Puntaje de lectura: _____ Puntaje de matemática: _____

Lengua del examen: _____ Fecha del examen: _____

E) HORAS ASIGNADAS: Horas de búsqueda de trabajo

Horas mensuales obligatorias de búsqueda de trabajo: _____ Nombre del local: _____ Fecha de comienzo: _____

	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SÁB	DOM
DE:							
A:							

Fecha de Vigencia: _____

F) CERTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Actualmente no se me ha asignado otra actividad de trabajo aprobada por la HRA. Entiendo que mi consentimiento a la asignación voluntaria me obligará a participar en un programa de capacitación o búsqueda de trabajo para ayudarme a obtener empleo.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Contratista: _____ Fecha: _____



Date: _____

CSMS Number: _____

Name: _____

Office of Child Support Enforcement (OCSE) Employment Declaration

Job Start Date: _____ Date Reported: _____ Date of First Pay: _____

Hours Reported: _____ Wage(s): \$ _____ Wage Frequency: _____

Job Title: _____ Documentary Evidence: _____ How Reported: _____

Employer: _____

Employer Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Work Site: _____

Work Site Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Employer's Main Telephone Number: _____

Client's Work Telephone Number: _____

Health Insurance Out-of-Pocket Amount: \$ _____ Third Party Insurance: _____

By signing this Office of Child Support Enforcement Employment Declaration, I certify that the above information is correct. I understand that I will be de-assigned from the Employment Vendor for rebudgeting of my Case.

Participant's Signature: _____ Date: _____

Vendor's Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____

Número de CSMS: _____

Nombre: _____

Declaración de Empleo de la Oficina de Ejecución de Manutención de Niños (OCSE)

Fecha de Comienzo de Trabajo: _____ Fecha de presentarse: _____ Primera Fecha de Paga: _____

Horas Reportadas: _____ Ganancia(s): \$ _____ Frecuencia del Salario: _____

Cargo Profesional: _____ Pruebas Documentales: _____ Cómo se Reportó: _____

Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Postal: _____

Local del Trabajo: _____

Dirección del Local de Trabajo: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Postal: _____

Número Telefónico Principal del Empleador: _____

Número Telefónico de Trabajo del Cliente: _____

Cantidad Desembolsada de Seguro Médico: \$ _____ Seguro de Terceros: _____

Al firmar esta Declaración de Empleo de la Oficina de Ejecución de Manutención de Niños, certifico que la información antemencionada es correcta. Entiendo que se me cancelará la asignación del Contratista de Empleo para que se pueda volver a presupuestar mi caso.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Contratista: _____ Fecha: _____



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____

Employability Assessment for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) for Voluntary Referral to Vendors

Assessment Status: _____ Program Type: _____ Printed on: _____

DEMOGRAPHICS	
Participant Name: _____	Case Number/Line Number: _____
Assessment Date: _____	DOB: _____
Vendor: _____	

A) PREVIOUS EMPLOYMENT: List of your last 3 jobs (excluding current)

Employer	Occupation	Start Date	End Date	Reason for leaving

B) EDUCATION AND TRAINING

Language Proficiency:

Native Language: _____ If other, specify: _____

Can you: Speak English? Yes No

Write English? Yes No

Read English? Yes No

Education and Training:

Have you undertaken an education program in the last 3 years? Yes No

High School Diploma or GED? Yes No

Highest grade/Level achieved: _____

Participant's Employment Goal: _____

Necessary steps to reach the goal: _____

Are you currently enrolled or requesting enrollment in a training program? Yes No

Licenses/Certificates:

Do you have any licenses/certificates? Yes No

C) SPECIAL CIRCUMSTANCES

Do you have history of military service? Yes No

If yes, comments: _____

Is there an active child support order against you? Yes No

Do you have child support? Yes No

If yes, comments: _____

Do you have any criminal records or jail? Yes No

D) TABE SCORES

Reading Score: _____

Math Score: _____

Test Language: _____

Date of the Test: _____

E) PARTICIPANT CERTIFICATION

I am not currently assigned to another HRA-approved work activity. I understand that my voluntary assignment will require participation in a training program or job search to help me secure employment.

Participant Signature: _____ Date: _____

Vendor Signature: _____ Date: _____

SAMPLE



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____

Evaluación de Empleabilidad para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) para Envío Voluntario al Contratista

Estado de la Evaluación: _____ Tipo del Programa: _____ Imprimido el: _____

Estadísticas Demográficas	
Nombre del Participante:	Núm. del Caso/Núm. de Línea:
Fecha de la Evaluación:	Fecha de Nacimiento:
Contratista:	

A) EMPLEO ANTERIOR: Liste los 3 trabajos anteriores (Excluya el actual.)

Empleador	Oficio	Fecha de Comienzo	Fecha de Terminación	Motivo de Abandono

B) EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

Dominio lingüístico:

Lengua materna: _____

Si otra, especifique: _____

¿Sabe: hablar inglés? Sí No

escribir inglés? Sí No

leer inglés? Sí No

Educación y Capacitación:

¿Ha emprendido usted un programa educacional en los últimos 3 años? Sí No

¿Diploma de bachillerato o GED? Sí No

Más alto nivel educativo logrado: _____

Objetivo laboral del participante: _____

Pasos necesarios a tomar para lograrlo: _____

¿Está usted actualmente inscrito(a) o solicita inscripción en un programa de capacitación? Sí No

C) CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

¿Tiene usted antecedentes militares? Sí No

En caso afirmativo, comentarios: _____

Tiene una orden activa de manutención de niños en su contra? Sí No

¿Tiene manutención de niños? Sí No

En caso afirmativo, comentarios: _____

¿Tiene antecedentes penales o ha estado encarcelado(a)? Sí No

D) PUNTAJE DE TABE

Puntaje de lectura: _____

Puntaje de matemática: _____

Lengua del examen: _____

Fecha del examen: _____

E) CERTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Actualmente no se me ha asignado otra actividad de trabajo aprobada por la HRA. Entiendo que mi consentimiento a la asignación voluntaria me obligará a participar en un programa de capacitación o búsqueda de trabajo para ayudarme a obtener empleo.

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Firma del Contratista: _____

Fecha: _____

SAMPLE

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Job Center: _____

Do You Still Need Cash Assistance?

Fill out the enclosed form so you can keep getting your benefits.

Do I really have to send in the enclosed form if I want to keep getting benefits?

Yes. The Human Resources Administration (HRA) has to review your case every 6 months to see if you are still eligible for benefits. If you still want benefits you have to:

1. answer EVERY question on the form.
2. sign page 3, and
3. send it in with any required papers in the enclosed envelope by _____.

What if I need help completing this form? What if I have questions about it?

If you need help filling out the form or you have questions about it, call _____.

What papers do I have to send in with this form?

The papers you have to enclose depend on your case. The form explains the documents you have to enclose. If you have questions about what papers to enclose with the form, call _____.

Could my case be closed if I don't return this form?

Yes. If you do not return the form with all of the questions answered AND also enclose all of the required paperwork by _____ your CA and/or SNAP case may be closed.

Remember to:

- 1) Answer every question
- 2) Enclose all required papers in the envelope and
- 3) Sign the form on page 3 and mail it back by the due date

Call _____ if you have questions about how to fill out the enclosed form.

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro de Trabajo: _____

¿Aún Necesita Usted Asistencia en Efectivo?

Llene el formulario adjunto para que pueda seguir recibiendo sus beneficios.

¿Es realmente necesario enviar el formulario adjunto para seguir recibiendo beneficios?

Sí. La Administración de Recursos Humanos (HRA) tiene que revisar su caso cada 6 meses para constatar que usted aún sea elegible para beneficios. Si usted aún desea beneficios tiene que:

1. contestar TODAS las preguntas del formulario
2. firmar la página 3, y
3. enviarlo con toda documentación solicitada en el sobre adjunto para el _____.

¿Qué tal si necesito ayuda para llenar este formulario? ¿Qué tal si tengo preguntas al respecto?

Si usted necesita ayuda para llenar el formulario o si tiene preguntas al respecto, llame al _____.

¿Qué documentos tengo que enviar con este formulario?

La documentación que usted tiene que adjuntar depende de su caso. El formulario detalla los documentos que usted tiene que adjuntar. Si tiene preguntas sobre qué documentos adjuntar con el formulario, llame al _____.

¿Puede cerrarse mi caso si no devuelvo este formulario?

Sí. Si usted no devuelve este formulario con contestaciones a todas las preguntas N tampoco adjunta toda la documentación solicitada para el _____ su caso de CA y/o de SNAP se puede cerrar.

Recuerde:

- 1) Contestar todas las preguntas
- 2) Adjunte toda la documentación necesaria en el sobre y
- 3) Firme el formulario en la página 3 y devuélvanoslo por correo para la fecha límite

Llame al _____ si usted tiene preguntas sobre cómo llenar el formulario adjunto.

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____

Employability Assessment for ABAWDS Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

Assessment Status:
Demographics

Printed on:

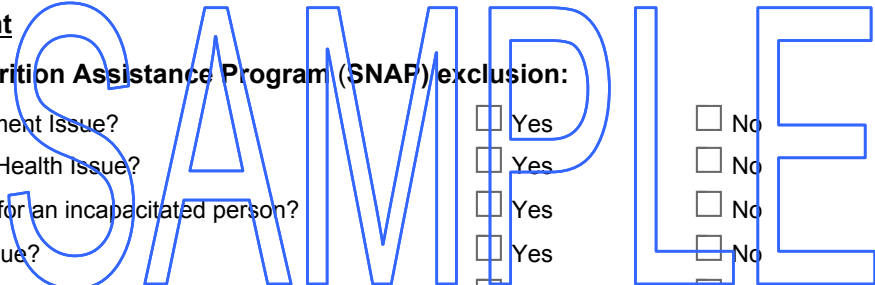
Participant Name:
Assessment Date:
Sex:
Vendor:

Case Number/Line Number:
DOB:
SNAP Center:

A) Pre-assessment

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) exclusion:

- Special Assessment Issue? Yes No
- Medical/Mental Health Issue? Yes No
- Needed to care for an incapacitated person? Yes No
- Alcohol/Drug Issue? Yes No
- Unable to work – disability observed? Yes No
- Child under 18 added to household? Yes No
- Student enrolled at least half-time? Yes No
- Receive Unemployment Insurance Benefits? Yes No
- Pregnant? Yes No
- Refugee Training Program? Yes No



Comments: _____

Verification of Hours and Wages reported:

- Are you currently employed? Yes No
- Are you currently working _____ hours per month? Yes No
- If No, how many hours? _____
- Is your monthly earned income currently \$ _____? Yes No
- If No, how much? \$ _____
- Is this your current employer _____? Yes No
- If No, the new employer is: _____
- Do you have valid employment documentation? Yes No
- Job start date: _____

B) Employment Declaration

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Employment Declaration:

Job start date: _____ Date reported: _____ Date of my first pay: _____
Hours reported: _____ Wage(s): _____ Wage frequency: _____
Job title: _____ Documentary evidence: _____ How reported: _____
Employer: _____
Employer address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Work site: _____
Work site address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Employer's main telephone: _____ Participant's work telephone number: _____
Health Insurance out-of-pocket amount: \$ _____ Third-party insurance: _____

C) Employment History

Work Experience:

Are you currently employed? Yes No
Current employer, work address and work details:
Employer: _____ Job title: _____
Employer address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Work site: _____
Work site address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Employer's main telephone: _____ Participant's work telephone number: _____
Type of work schedule: Flexible Fixed

(If Fixed) Work schedule

	MON	TUES	WED	THURS	FRI	SAT	SUN
FROM:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
TO:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(If Flexible)

Comments: _____

Do you work any In-kind hours? Yes No

Do you have valid In-kind documentation? Yes No

In-kind Category: _____ In-kind Site: _____

Address: _____

How many In-kind hours do you work per month? _____

Comments: _____

List of your last 3 Jobs (excluding current):

Employer	Occupation	Start Date	End Date	Reason for Leaving
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

D) Education and Training

Language Proficiency:

Native language: _____ If other, specify: _____

Can you: Speak English? Yes No Write in English? Yes No

Read English? Yes No

Education and Training:

Have you undertaken an education program in the last 3 years? No Yes

If Yes: Program name: _____ Start date: _____ End date: _____

Program name: _____ Start date: _____ End date: _____

High school diploma or GED? Yes No Highest grade/Level achieved: _____

Participant's employment goal: _____

Necessary steps to reach the goal: _____

Are you currently enrolled or requesting enrollment in a training program? Yes No

Licenses/Certificates:

Do you have any licenses/certificates? Yes No

If Yes: License/Certificate: _____ Date received: _____ Status: _____

E) Special Circumstances

Do you have a history of military service? Yes No

If Yes: Status: _____

Is there an active child support order against you? Yes No

Comments: _____

Do you have child support arrears? Yes No

Comments: _____

Do you have any criminal records or jail time? Yes No

If Yes: Nature of conviction: _____

Start date: _____ End date: _____

F) TABE Scores

Reading score: _____ Math Score: _____ Date of the test: _____

Test language: _____

G) Assigned Hours: Work hours per month

Reported work hours: _____

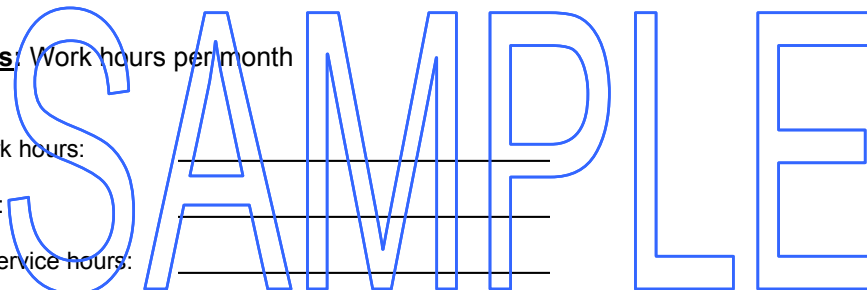
In Kind hours: _____

Community service hours: _____

Job search hours: _____

Total hours: _____

Start date: _____



Effective date: _____

Total assigned job related activities hours: _____

H) Participant Certification

I understand that I am expected to attend each activity 100% of the time unless I have good cause not to. I must complete each step of the Employability Assessment unless I am determined to be exempt. Failure to complete any activity may result in the loss of my Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits.

Participant Signature: _____ Date: _____

Vendor Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____

Evaluación de Empleabilidad para los ABAWDS del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Estado de Evaluación:

Imprimido el:

Datos Demográficos

Nombre del participante:
Fecha de la Evaluación:
Sexo:
Contratista:

Número del Caso/Número de Línea:
Fecha de Nacimiento:
Centro de SNAP:

A) Evaluación Preliminar:

Exclusión del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP):

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Problema de Evaluación Especial? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Problema de Salud Física/Mental? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se le necesita para atender a una persona discapacitada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Problema de Alcoholismo/Drogadicción? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿No puede trabajar - discapacidad observada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se ha añadido un niño menor de 18 años de edad a su hogar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Estudiante inscrito(a) por lo menos a medio tiempo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Recibe Beneficios de Seguro de Desempleo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está Embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Programa de Capacitación de Refugiados? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Comentarios: _____

Verificación de Horas y Salario reportado:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Trabaja usted actualmente? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Trabaja usted actualmente _____ horas al mes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si No, ¿cuántas horas? _____ | | |
| ¿Su ingreso mensual salarial es actualmente \$ _____? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si No, ¿cuánto? \$ _____ | | |
| ¿Su empleador actual es _____? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si No, el nuevo empleador es: _____ | | |
| ¿Tiene usted documentación de empleo válida? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Fecha de comienzo del trabajo: _____ | | |

B) Declaración de Empleo

Declaración de Empleo del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria:

Fecha de Comienzo del Trabajo: _____ Fecha para presentarse: _____ Mi primera fecha de paga: _____
Horas reportadas: _____ Salario(s): _____ Frecuencia de paga: _____
Cargo: _____ Pruebas Documentales: _____ Medio del reporte: _____
Empleador: _____
Dirección del Empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Local de Trabajo: _____
Dirección del local de Trabajo: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono principal del empleador: _____ Teléfono de trabajo del participante: _____
Cantidad de Seguro de Salud costeadada por usted: \$ S _____ Seguro de tercera parte: _____

C) Historial de Empleo

Experiencia Laboral:

¿Está usted actualmente empleado(a)? Sí No

Empleador actual, dirección del trabajo y detalles laborales:

Empleador: _____ Cargo: _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Local de trabajo: _____

Dirección del local de trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono principal del empleador: _____ Número de teléfono del participante: _____

Tipo de horario de trabajo: Flexible Fijo

(Si fijo) Horario de trabajo

	LUN	MAR	MIÉR	JUE	VIER	SÁB	DOM
DE:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(Si flexible)

Comentarios: _____

¿Trabaja usted horas en especie? Sí No
¿Tiene usted documentación válida en especie? Sí No
Categoría en especie: _____ Local en especie: _____
Dirección: _____
¿Cuántas horas en especie trabaja usted al mes? _____
Comentarios: _____

Lista de sus últimos 3 trabajos (excluyendo el actual):

Empleador	Oficio	Fecha de Comienzo	Fecha Final	Razón por Dejar el Trabajo
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

D) Educación y Capacitación

Dominio de Idiomas:

Lengua materna: _____ Si otra, especifique: _____
Puede usted: ¿Hablar inglés? Sí No ¿Escribir inglés? Sí No
¿Leer inglés? Sí No

Educación y Capacitación:

¿Ha usted ingresado en un programa educacional en los últimos 3 años? Sí No

Si Sí: Nombre del Programa: _____
Fecha de comienzo: _____ Fecha final: _____
Nombre del Programa: _____
Fecha de comienzo: _____ Fecha Final: _____

¿Diploma de bachillerato o GED? Sí No

Máximo grado/nivel alcanzado: _____

Meta de empleo del participante: _____

Pasos necesarios para alcanzar la meta: _____

¿Está usted actualmente inscrito(a) o solicitando inscripción a un programa de capacitación? Sí No

Licencias/Certificados:

¿Tiene usted alguna licencia/certificado? Sí No

Si Sí: Licencia/Certificado: _____ Fecha recibida: _____ Estado: _____

E) Circunstancias Especiales

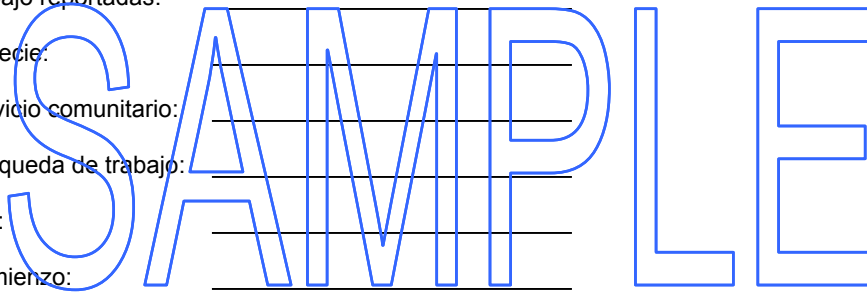
¿Tiene usted historial de servicio militar? Sí No
Si Sí: Condición/Estado: _____
¿Tiene usted una orden activa de manutención de niños en su contra? Sí No
Comentarios: _____
¿Está usted atrasado(a) en sus pagos de manutención de niños? Sí No
Comentarios: _____
¿Tiene usted historial delictivo o ha usted cumplido condena carcelaria? Sí No
Si Sí: Motivo de la condena: _____
Fecha de comienzo: _____ Fecha final: _____

F) Puntuación de TABE: Horas de trabajo mensuales

Puntuación de Lectura: _____ Puntuación de Matemáticas: _____ Fecha del examen: _____
Idioma del examen: _____

G) Horas Asignadas: Horas de trabajo mensuales

Horas de trabajo reportadas: _____
Horas en especie: _____
Horas de servicio comunitario: _____
Horas de búsqueda de trabajo: _____
Horas totales: _____
Fecha de comienzo: _____



Fecha de vigencia: _____
Total de horas asignadas de actividades relacionadas con el trabajo _____

H) Certificación de Participación

Entiendo que se espera que yo asista a cada actividad el 100% del tiempo, a menos que yo tenga motivo justificado por no asistir. Debo llevar a cabo cada paso de la Evaluación de Empleabilidad a menos que se me determine exento. El incumplimiento de cualquier actividad puede resultar en la pérdida de mis beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Contratista: _____ Fecha: _____

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____

Employment Declaration for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

Job Start Date: _____ Date Reported: _____ Date of First Pay: _____
Hours Reported: _____ Wage(s): \$ _____ Wage Frequency: _____
Job Title: _____ Documentary Evidence: _____ How Reported: _____

Employer: _____
Employer Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Work Site: _____
Work Site Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Employer's Main Telephone Number: _____
Client's Work Telephone Number: _____
Health Insurance Out-of-Pocket Amount: \$ _____ Third Party Insurance: _____

By signing this SNAP Employment Declaration, I certify that the above information is correct. I understand that I will be de-assigned from the Employment Vendor for rebudgeting of my SNAP Case.

Participant's Signature: _____ Date: _____

Vendor's Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____
Número de Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____

Declaración de Empleo del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Fecha de comienzo del empleo: _____ Fecha en que se reportó: _____ Primera fecha de paga: _____
Horas reportadas: _____ Salario(s): \$ _____ Frecuencia de paga: _____
Cargo en el empleo: _____ Pruebas Documentales: _____ Modo de reporte: _____

Empleador: _____
Dirección del Empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Local de Trabajo: _____
Dirección del Local de Trabajo: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____



Número de teléfono principal del empleador: _____
Número de teléfono de trabajo del cliente: _____
Cantidad de Seguro de Salud costeadada por usted: \$ _____ Seguro de terceros: _____

Al firmar la presente Declaración de Empleo del SNAP, doy fe de que la antemencionada información es correcta. Entiendo que se me retirará de la asignación del contratista de empleo para que se vuelva a presupuestar mi caso de SNAP.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____
Firma del Contratista: _____ Fecha: _____