Human Resources Administration
Department of Social Services

# OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

**Adam Waitzman, Assistant Deputy Commissioner**
Office of Procedures

## POLICY BULLETIN #19-38-EMP

### NYCWAY EMPLOYABILITY ASSESSMENT / EMPLOYMENT PLAN FOR APPLICANTS/PARTICIPANTS

| **Date:** July 17, 2019 | **Subtopic(s):** Employment |
|---|---|

The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff that all adults, except homebound individuals, applying for or receiving Cash Assistance (CA) are required to complete an Employability Assessment/Employment Plan (EA/EP). This policy bulletin is informational for all other staff.

The EA/EP is used by the Human Resources Administration (HRA) to gather relevant information about a CA applicant's/participant's strengths, barriers to obtaining employment, and to help the family become economically secure. The EA/EP assesses the CA applicant's/participant's progress towards the goal of finding and sustaining employment as the foundation towards self-sufficiency.

**Note:** An EA/EP must be initiated and completed for all CA applicants/participants, even if they are exempt from work rules requirements. Once the EA/EP is completed for the exempt individuals, action code **119U** (EP Barrier Assessment Completed – Exempt) will post in the New York City Work Accountability and You (NYCWAY) system.

Previously, the EA/EP was only initiated for CA applicants/participants aged 18-59 years old, except for homebound individuals. Effective immediately, the EA/EP must be initiated for all CA household members aged 18 years of age and older, and emancipated minors aged 16-17 years old. For CA applicants, the Job Opportunity Specialist (JOS)/Worker must initiate an EA/EP during the initial application interview. For CA participants, the JOS/Worker must initiate the EA/EP, if an EA/EP was not previously initiated. Homebound individuals still do not need to have the EA/EP completed.

The EA/EP, accessed through NYCWAY, gathers the following information:

- family circumstances, including the special needs of a child;
- child care or other supportive services needs;
- educational level, including literacy and English language proficiency;
- skills and prior work experience;
- basic skills and proficiency skills;
- training and vocational preferences.

Applicants/participants in receipt of CA must have the EA/EP completed and participate in approved work activities, if not otherwise exempt, as a condition of eligibility for CA. A CA applicant/participant may be exempt from CA participation in job search and work activities if they are determined to be in one of the following categories:

- ill or injured to the extent that they are unable to engage in work activities for up to three months, as verified by medical evidence;
- 60 years of age or older;
- under the age of 16 or under the age of 19 and attending full time secondary, vocation, or technical school;
- disabled or incapacitated;
- needed in the home because another member of the household requires their full-time presence due to a verified mental or physical impairment;
- pregnant, beginning 30 days prior to the medically verified date of delivery of the child;
- the parent or other caretaker relative in a one-parent household of a child under 12 months of age who is personally caring for such child;
- exempt from work activities due to substance use, as verified by a Credentialed Alcohol and Substance Abuse Counselor (CASAC), or if granted a full-time employment waiver by the Office of Domestic Violence (ODV).

*Effective August 1, 2019*

**References:**

11-ADM-06

**Attachments:**

| | |
|---|---|
| **W-584A** | Employability Assessment and Employment Plan (Rev. 5/15/19) |
| **W-584A (S)** | Employability Assessment and Employment Plan (Spanish) (Rev. 5/15/19) |

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Case Type: _____
Caseload: _____

# EMPLOYABILITY ASSESSMENT AND EMPLOYMENT PLAN

Preferred Name: _____
First Name: _____ Last Name: _____
Case Number: _____ Date Completed: _____
Email Address: _____
Staff Name: _____ Staff Phone Number: _____

## ASSESSMENT SUMMARY

SAMPLE

### 1. Language Proficiency Assessment:

| Language | Speak | Read | Write |
|---|---|---|---|
| Arabic | | | |
| Bengali | | | |
| Chinese-Simplified | | | |
| Chinese-Traditional | | | |
| Haitian Creole | | | |
| English | | | |
| French | | | |

| Language | Speak | Read | Write |
|---|---|---|---|
| Korean | | | |
| Polish | | | |
| Russian | | | |
| Spanish | | | |
| Urdu | | | |
| Other: _____ | | | |

**Describe your comfort level with your ability to do the following in English:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Read** | ☐ Very Comfortable | ☐ Somewhat Comfortable | ☐ Not at all Comfortable |
| **Write** | ☐ Very Comfortable | ☐ Somewhat Comfortable | ☐ Not at all Comfortable |
| **Speak** | ☐ Very Comfortable | ☐ Somewhat Comfortable | ☐ Not at all Comfortable |
| **Understand** | ☐ Very Comfortable | ☐ Somewhat Comfortable | ☐ Not at all Comfortable |

**(Turn Page)**

## 2. Potential Challenges:

| | YES | NO |
|---|---|---|
| a. Special Assessment concerns? If YES, answer 1 | ☐ | ☐ |
| 1. Form LDSS-4583 completed? | ☐ | ☐ |
| b. Alcohol or Drug concern? If YES, answer 1 and 2 | ☐ | ☐ |
| 1. Screening Form (LDSS-4571) completed? | ☐ | ☐ |
| 2. Do you want to refer for CSM/CASAC Assessment? | ☐ | ☐ |
| c. Medical/Mental Health Condition? If YES, answer 1, 2, and 3 | ☐ | ☐ |
| 1. Are physical limitations claimed? | ☐ | ☐ |
| 2. Is a mental health condition claimed? | ☐ | ☐ |
| 3. Do you want to refer for medical evaluation? | ☐ | ☐ |
| d. Are you Needed at Home? | ☐ | ☐ |
| e. Other Personal concerns? | ☐ | ☐ |
| 1. Are you over 60 years of age? | ☐ | ☐ |
| 2. Are you a caretaker of a child under 3 months of age? | ☐ | ☐ |
| 3. Are you pregnant (8 months or over)? | ☐ | ☐ |
| 4. Are you a refugee? | ☐ | ☐ |
| 5. Are you a teen in high-school full-time? | ☐ | ☐ |
| 6. Are you receiving SSI? | ☐ | ☐ |
| f. Have you ever been convicted of a felony? | ☐ | ☐ |
| If YES, what is the nature of the felony? | | |

SAMPLE

## 3. Children Associated with Case:

a. All Children known to WMS

| Child's Name | Date of Birth | Special Needs? | Type of Care |
|---|---|---|---|
| | | ☐ Yes ☐ No | |
| | | ☐ Yes ☐ No | |
| | | ☐ Yes ☐ No | |
| | | ☐ Yes ☐ No | |
| | | ☐ Yes ☐ No | |
| | | ☐ Yes ☐ No | |
| | | ☐ Yes ☐ No | |
| | | ☐ Yes ☐ No | |

**(Turn Page)**

## 4. Education & Training History

a. Degree Programs Attended and/or Completed

| Degree | School Name | Completed? | Date Completed |
|---|---|---|---|
| HS Diploma | | ☐ Yes ☐ No | |
| Associate's Degree | | ☐ Yes ☐ No | |
| Bachelor's Degree | | ☐ Yes ☐ No | |
| Master's Degree | | ☐ Yes ☐ No | |
| PhD | | ☐ Yes ☐ No | |

b. Other Education Programs Attended and/or Completed

| Program Type | School Name | Completed? | Date Completed |
|---|---|---|---|
| Literacy | | ☐ Yes ☐ No | |
| Pre-HSE/GED | | ☐ Yes ☐ No | |
| HSE/GED | | ☐ Yes ☐ No | |
| ESL | | ☐ Yes ☐ No | |

SAMPLE

## 5. Employment Goals and Preferences:

**Short Term Goals**

a. What kind of job would you like to work now?

b. Industry of Interest:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ 1. Healthcare | ☐ 6. Construction | ☐ 11. Maintenance |
| ☐ 2. Social Assistance | ☐ 7. Retail | ☐ 12. Security |
| ☐ 3. Technology | ☐ 8. Customer Service | ☐ 13. Transportation |
| ☐ 4. Industrial | ☐ 9. Food Service | ☐ 14. Warehousing |
| ☐ 5. Manufacturing | ☐ 10. Accommodation | ☐ 15. Other _____ |

c. Do you want to attend an education, training, or degree program now or within the next 6 months?

☐ Yes ☐ No

**(Turn Page)**

## 5. Employment Goals and Preferences *(continued)*:

### Long Term Goals

a. What kind of job would you like to have five years from now?

| |
|---|
| |

b. Industry of Interest:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ 1. Healthcare | ☐ 6. Construction | ☐ 11. Maintenance |
| ☐ 2. Social Assistance | ☐ 7. Retail | ☐ 12. Security |
| ☐ 3. Technology | ☐ 8. Customer Service | ☐ 13. Transportation |
| ☐ 4. Industrial | ☐ 9. Food Service | ☐ 14. Warehousing |
| ☐ 5. Manufacturing | ☐ 10. Accommodation | ☐ 15. Other _____ |

## 6. Workplace Preferences and Accommodations:

a. Preferred Location(s):

☐ Bronx ☐ Brooklyn ☐ Manhattan ☐ Queens ☐ Staten Island

☐ Other

b. Preferred Shifts:

☐ Weekdays ☐ Weeknights ☐ Weekends ☐ Overnight ☐ Flexible

SAMPLE

## 7. Work History and Military Experience:

a. Employment History and Volunteer Work Experience

| Employer Name | Dates Worked (Month/Year) | Occupation Title |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

b. Military Experience

1. Branch of Service: _____
2. Dates of Service (MM/YY) – (MM/YY): _____ – _____

**(Turn Page)**

**8. Training Preferences and Experience:**

1. Requesting Enrollment/Currently Enrolled in a Training Program: ☐ Yes ☐ No
2. How many Education/Training Programs attended in last 3 years? _____
3. How many Education/Training Programs completed? _____
4. Name of the last Program Completed? _____
5. Date the last Program was completed? _____
6. What was the outcome of the last program? _____

   _____
7. Reason for any Program not completed: _____

   _____
8. Currently attending Program? ☐ Yes ☐ No
9. Total number of months in completed and Current Programs? _____
10. Referred to Current or Latest completed Program by HRA? ☐ Yes ☐ No
11. Enrolled in a Program with a future start date? ☐ Yes ☐ No

**9. Training Assessment Group:**

a. Currently Enrolled Program Details

1. Program Name: _____
2. Field of Study: _____
3. Program Address: _____

   _____
4. HRA Approved Program? ☐ Yes ☐ No
5. CUNY Program? ☐ Yes ☐ No
6. Does client pay an out-of-pocket cost? ☐ Yes ☐ No
7. Cost to client? $ _____
8. Program Start Date: _____
9. Program End Date: _____
10. Expected Outcome: _____

b. Certified Statement

1. Training Signoff Date: _____
2. TAG Caseworker: _____
3. TAG Caseworker Telephone Number: _____

SAMPLE

**(Turn Page)**

**10. TABE Score:**

1. Reading: _____/_____ Date Taken:_____
2. Math: _____/_____ Date Taken:_____
3. Best Plus/CASAS Score: _____

**11. Job Ready Questions:**

1. Are you ready to look for a job? ☐ Yes ☐ No
2. If you were offered a job today, would you be ready to start? ☐ Yes ☐ No
3. Do you agree or disagree with the following statement? ☐ Agree ☐ Disagree
   *My personal responsibilities make it hard for me to find a job.*
4. Do you agree or disagree with the following statement? ☐ Agree ☐ Disagree
   *There are many jobs available for someone with my skills.*

Based on your assessment, the following referrals are suggested:

| Referral Activity | Date Created | Start Date | Site Details |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

SAMPLE

Primary Assignment:

| Referral Activity | Date Created | Start Date | Site Details |
|---|---|---|---|
| | | | |

Concurrent Assignment:

| Referral Activity | Date Created | Start Date | Site Details |
|---|---|---|---|
| | | | |

_____ _____
Participant Signature Date

_____ _____
Staff Signature Date

Fecha: _____
Número de caso: _____
Nombre del caso: _____
Tipo de caso: _____
Unidad de casos: _____

# EVALUACIÓN DE EMPLEABILIDAD Y PLAN DE EMPLEO

Nombre preferido: _____
Nombre: _____ Apellido: _____
Número de caso: _____ Fecha en que se rellenó: _____
Correo electrónico: _____
Nombre del personal:_____ Teléfono del personal: _____

## RESUMÉN DE LA EVALUACIÓN

SAMPLE

### 1. Evaluación de dominio del idioma:

| Idioma | Hablar | Leer | Escribir | Idioma | Hablar | Leer | Escribir |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Árabe | | | | Coreano | | | |
| Bengalí | | | | Polaco | | | |
| Chino simplificado | | | | Ruso | | | |
| Chino tradicional | | | | Español | | | |
| Criollo haitiano | | | | Urdú | | | |
| Inglés | | | | Otro: _____ | | | |
| Francés | | | | | | | |

**Describa su nivel de dominio del inglés para:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Leer** | ☐ Buen dominio | ☐ Dominio limitado | ☐ No dominio |
| **Escribir** | ☐ Buen dominio | ☐ Dominio limitado | ☐ No dominio |
| **Hablar** | ☐ Buen dominio | ☐ Dominio limitado | ☐ No dominio |
| **Comprender** | ☐ Buen dominio | ☐ Dominio limitado | ☐ No dominio |

**(Voltee la página)**

## 2. Posibles retos:

| | SÍ | NO |
|---|---|---|
| a. ¿Tiene alguna inquietud sobre la Evaluación Especial ? Si es así, responda la pregunta 1: | ☐ | ☐ |
| 1. ¿Rellenó el formulario LDSS-4583? | ☐ | ☐ |
| b. ¿Le inquieta el uso de alcohol o drogas? Si es así, responda la pregunta 1 y 2: | ☐ | ☐ |
| 1. ¿Rellenó el formulario de evaluación (LDSS-4571)? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Desea referir para hacer evaluación para CSM/CASAC? | ☐ | ☐ |
| c. ¿Existe alguna condición médica/de salud mental? Si es así, responda las preguntas 1, 2 y 3: | ☐ | ☐ |
| 1. ¿Se afirma tener limitaciones físicas? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Se afirma tener condición de salud mental? | ☐ | ☐ |
| 3. ¿Desea usted referir para hacer una evaluación médica? | ☐ | ☐ |
| d. ¿Se le necesita a usted en casa? | ☐ | ☐ |
| e. ¿Tiene otras inquietudes personales? | ☐ | ☐ |
| 1. ¿Tiene usted más de 60 años? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Cuida usted a un(a) niño(a) menor de 3 meses? | ☐ | ☐ |
| 3. ¿Está usted embarazada (de 8 meses o más)? | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Es usted refugiado(a)? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Es usted adolescente y estudiante de escuela secundaria a tiempo completo ? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Recibe usted el SSI? | ☐ | ☐ |
| f. ¿Ha sido usted condenado alguna vez por algún delito mayor? Si es así, ¿qué tipo de delito mayor? | ☐ | ☐ |

SAMPLE

## 3. Niño(a)s asociado(a)s al caso :

a. Niño(a)s que aparecen en el Sistema de Gestión de Welfare (WMS, por sus siglas en inglés)

| Nombre del niño(a) | Fecha de nacimiento | ¿Necesidades especiales? | Tipo de cuidado |
|---|---|---|---|
| | | ☐ Sí ☐ No | |
| | | ☐ Sí ☐ No | |
| | | ☐ Sí ☐ No | |
| | | ☐ Sí ☐ No | |
| | | ☐ Sí ☐ No | |
| | | ☐ Sí ☐ No | |
| | | ☐ Sí ☐ No | |
| | | ☐ Sí ☐ No | |

**(Voltee la página)**

## 4. Educación e historial de capacitación

a. Programas que ofrecen títulos a los que haya asistido y/o haya terminado

| Título | Nombre de la institución | ¿Ha terminado? | Fecha de terminación |
|---|---|---|---|
| Diploma de la escuela secundaria | | ☐ Sí ☐ No | |
| Diploma de dos años de universidad | | ☐ Sí ☐ No | |
| Licenciatura | | ☐ Sí ☐ No | |
| Maestría | | ☐ Sí ☐ No | |
| Doctorado | | ☐ Sí ☐ No | |

b. Otros programas a los que haya asistido y/o haya terminado

| Tipo de programa | Nombre de la institución | ¿Ha terminado? | Fecha de terminación |
|---|---|---|---|
| Alfabetización | | ☐ Sí ☐ No | |
| Pre- HSE/GED: Preparación para la equivalencia de la escuela secundaria | | ☐ Sí ☐ No | |
| HSE/GED: Equivalencia de la escuela secundaria | | ☐ Sí ☐ No | |
| ESL: inglés como segundo idioma | | ☐ Sí ☐ No | |

SAMPLE

## 5. Metas de empleo y preferencias

### Metas a corto plazo

a. ¿En que tipo de trabajo le gustaría trabajar ahora?

b. Campo de interés:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ 1. Atención médica | ☐ 6. Construcción | ☐ 11. Mantenimiento |
| ☐ 2. Asistencia social | ☐ 7. Ventas al por menor | ☐ 12. Seguridad |
| ☐ 3. Tecnología | ☐ 8. Atención al cliente | ☐ 13. Transporte |
| ☐ 4. Industrial | ☐ 9. Servicio de comidas | ☐ 14. Almacenería |
| ☐ 5. Fabricación | ☐ 10. Hospitalidad | ☐ 15. Otro _____ |

c. ¿Desea asistir a un programa para obtener título, capacitación o educación, ahora o dentro de los próximos 6 meses?

☐ Sí ☐ No

**(Voltee la página)**

**5. Metas de empleo y preferencias *(continuación)*:**

**Metas a largo plazo**

a. ¿Qué tipo de trabajo le gustaría tener de aquí a cinco años?

b. Campo de interés:

| | | |
|---|---|---|
| ☐ 1. Atención médica | ☐ 6. Construcción | ☐ 11. Mantenimiento |
| ☐ 2. Asistencia social | ☐ 7. Ventas al por menor | ☐ 12. Seguridad |
| ☐ 3. Tecnología | ☐ 8. Atención al cliente | ☐ 13. Transporte |
| ☐ 4. Industrial | ☐ 9. Servicio de comidas | ☐ 14. Almacenería |
| ☐ 5. Fabricación | ☐ 10. Hospitalidad | ☐ 15. Otro _____ |

**6. Preferencia de lugar de trabajo y acomodamiento:**

a. Ubicaciones preferidas:

☐ Bronx ☐ Brooklyn ☐ Manhattan ☐ Queens ☐ Staten Island

☐ Otra

b. Turnos preferidos:

☐ Días entre semana ☐ Noches entre semana ☐ Fines de semana ☐ Nocturno ☐ Flexible

SAMPLE

**7. Historial de trabajo y experiencia militar:**

a. Historial de trabajo y experincia de trabajo voluntario

| Nombre del empleador | Fechas en las que trabajó (mes/año) | Título del puesto |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

b. Experiencia militar

1. Rama de servicio: _____
2. Fechas de servicio (MM/AA) – (MM/AA): _____ – _____

**(Voltee la página)**

**8. Preferencia de capacitación y experiencia:**

1. Solicta inscripción/actualmente inscrito en programa de capacitación: ☐ Sí ☐ No
2. ¿A cuántos programas educativos/de capacitación asistió en los últimos 3 años? _____
3. ¿Cuántos programas educativos/de capacitación terminó? _____
4. Nombre del último programa que terminó _____
5. Fecha en que terminó el último programa _____
6. ¿Cuál fue el resultado del último programa? _____
7. Razón por la cual no terminó algún programa _____
8. ¿Asiste a algún programa actualmente? ☐ Sí ☐ No
9. Número total de meses terminados y total de meses de los programas actuales _____
10. ¿Fue referido(a) por la HRA al porgrama actual o al último que terminó? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Está inscrito en un programa con fecha de inicio anticipada? ☐ Sí ☐ No

**9. Grupo de evaluación para capacitación:**

a. Información sobre el programa en el que está actualmente inscrito

SAMPLE

1. Nombre del programa: _____
2. Campo de estudio: _____
3. Dirección del programa: _____
4. ¿Es un programa aprobado por la HRA? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Es un programa de CUNY? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Está el/la cliente pagando el programa de su bolsillo? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Qué le cuesta al cliente? $ _____
8. Fecha de inicio del programa: _____
9. Fecha de finalización del programa: _____
10. Resultado esperado: _____

b. Declaración certificada

1. Fecha de autorización para capacitación: _____
2. Trabajador(a) del caso de TAG: _____
3. Número telefónico del trabajador(a) del caso de TAG: _____

**(Voltee la página)**

**10. Calificación de TABE:**

1. Lectura: _____/_____ Fecha de prueba:_____
2. Matemáticas: _____/_____ Fecha de prueba:_____
3. Puntaje de Best Plus/CASAS: _____

**11. Preguntas sobre la disposición para el trabajo:**

1. ¿Está usted listo para buscar trabajo? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Si se le ofreciera trabajo hoy, está usted listo para empezar? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración? ☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo
   *Se me hace dificil encontrar trabajo debido a mis responsabilidades personales.*
4. ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración? ☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo
   *Hay muchos trabajos disponibles para alguién con mis habilidades.*

En base a su evaluación, se recomiendan las siguientes referencias:

| Referencia para actividad | Fecha creada | Fecha de inicio | Detalles sobre el lugar |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

SAMPLE

Asignatura principal:

| Referencia para actividad | Fecha creada | Fecha de inicio | Detalles sobre el lugar |
|---|---|---|---|
| | | | |

Asignatura simultánea:

| Referencia para actividad | Fecha creada | Fecha de inicio | Detalles sobre el lugar |
|---|---|---|---|
| | | | |

_____ _____
Firma del/de la participante Fecha

_____ _____
Firma del personal Fecha