



**Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York**  
**Solicitud Para El Cliente**

FECHA: \_\_\_\_\_

**Las preguntas marcadas con un asterisco \* o letras oscuras son obligatorias – Escriba claro en letra de imprenta**

Información del Cliente

\* 1. # del Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\* 2. Apellido \_\_\_\_\_ \* 3. Nombre \_\_\_\_\_ 4. Inicial \_\_\_\_\_

5. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 6. Sexo:  Masculino  Femenino

\* 7. Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

\* 8. Ciudad \_\_\_\_\_ \*9. Estado \_\_\_\_\_ \*10. Zona Postal \_\_\_\_\_

11. Condado \_\_\_\_\_ 12. País, si no es EU \_\_\_\_\_

13. Teléfono \_\_\_\_\_ 14. Teléfono Alterno \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

15. Fax \_\_\_\_\_ 16. Dirección Electrónica [E-Mail] \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

\*17. ¿Es usted Ciudadano de Los EEUU?  Sí  No Si no, ¿Está usted autorizado para trabajar en los EEUU?  Sí  No

Grupo étnico / raza

18. Grupo étnico:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Nota: Responda esta pregunta voluntariamente. La información se mantendrá de forma confidencial y se usará únicamente para mantener los expedientes y los requisitos de acción afirmativa. No se le penalizará por rehusar a contestar.

19. Raza: (Marque todas las que corresponden)  Blanco  Negro o Afro Americano  Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Asiático  Nativo de Hawaii u Otras Islas del Pacífico

Nota: Responda esta pregunta voluntariamente. La información se mantendrá de forma confidencial y se usará únicamente para mantener los expedientes y los requisitos de acción afirmativa. No se le penalizará por rehusar a contestar.

Educación & Empleo

\*20. Educación (Circule o marque el grado más alto que completó)

Grado: Ninguno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12/No Diploma  Graduado – Escuela Secundaria  GED

Universidad: 1 año. 2 años. 3 años. 4 años o más Si estudió en la universidad, marque lo que corresponde.

Alguna Universidad  Grado / certificado Vocacional  Grado Asociado  
 Bachillerato  Licenciatura  Doctorado

\*21. ¿Está usted asistiendo a una escuela secundaria, vocacional, técnica o académica a tiempo completo?  Sí  No  
 Si usted está entre semestres, ¿tiene intención de volver a la escuela?  Sí  No

\*22. En las últimas 26 semanas, ¿cuántas semanas estuvo desempleado? \_\_\_\_\_

\*23. ¿Está usted actualmente desempleado?  Sí  No

24. Al menos que nos dé otras instrucciones, su resumen el cual incluye su nombre, teléfono y correo electrónico (si es que tiene uno) será publicado en el Internet y estará a disposición de compañías en la página del Banco de Trabajos de Nueva York (NYJB) ([www.ajb.org/ny/](http://www.ajb.org/ny/)), el cual es parte del Banco de Trabajo de América. Publicando su resumen le dará mayor exposición a compañías y a oportunidades de trabajo en el estado de Nueva York y a nivel nacional. Si Ud. No desea que su resumen sea publicado en su totalidad en el Internet, marque una de las siguientes opciones.

Anuncie mi resumen como “Confidencial”. Su resumen excluirá su nombre, dirección y teléfono. Ud. Debe tener un correo electrónico para escoger esta opción. (vea la pregunta 16 arriba)

No anuncie mi resumen en el Internet.

25. Marque aquí para indicar que se le ha explicado y se ha enterado del reglamento de "Igualdad de Oportunidades, es la Ley".

Programas/ Asistencia Pública

26. ¿Está usted o algún miembro de su familia recibiendo algún tipo de Ayuda Pública?  
[como cupones de alimentos, dinero efectivo, SSI, etc.]  Sí  No

Si contestó sí a la pregunta 26, indique qué tipo de Ayuda Pública está recibiendo. \_\_\_\_\_

27. ¿Tiene usted alguna incapacidad?  Sí  No

Nota: Responda esta pregunta voluntariamente. La información se mantendrá de forma confidencial y se usará únicamente para mantener los expedientes y los requisitos de acción afirmativa. No se le penalizará por rehusar a contestar

\*28. ¿Es usted un Trabajador Migrante o de Temporada?  Sí  No Si contestó Sí, marque una de las siguientes:

Trabajador Agrícola Migrante  Procesador de Alimentos Migrante  Trabajador Agrícola de Temporada

Servicio Militar

\*29. ¿Es usted un veterano?  Sí  No Si contestó Sí, provea las fechas de Servicio Activo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

30. ¿Es usted un cónyuge Elegible de un veterano?  Sí  No

Elegible: El cónyuge de una persona que: a) murió en acción o a consecuencia de una incapacidad relacionada con el servicio; b) Está en servicio activo y que está registrado como 1. desaparecido en acción, 2. capturado en el cumplimiento del deber, o 3. internado a la fuerza en la línea del deber por un total de 90 días o más; o c) tiene una incapacidad total permanente relacionada con el servicio .

Si contestó "No" a las preguntas 29 y 30, pase a la pregunta 32.

\*31. ¿Está usted recibiendo compensación por una incapacidad relacionada con su servicio militar?  Sí  No  
Si contestó "Sí", indique el % de incapacidad \_\_\_\_\_

Nota: Responda esta pregunta voluntariamente. La información se mantendrá de forma confidencial y se usará únicamente para mantener los expedientes y los requisitos de acción afirmativa. No se le penalizará por rehusar a contestar.

Empleo y Preferencia de Turnos

32. ¿Qué tipo de trabajos son aceptables? Semana Laboral:  Tiempo Completo (30 hrs. o más por semana)  
 Tiempo Parcial (Menos de 30 hrs. Por semana)  
 Cualquiera

Duración del trabajo:  Regular (Más de 150 días)  
 Temporal (3 días o menos)  
 Regular o Temporal (4-150 días)

33. Salario mínimo que aceptaría \$ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ por  Hora  Día  Semana  Mes  Año  Otro

34. Fecha que está disponible para trabajar \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

35. ¿Qué turno (s) está dispuesto a trabajar? (marque los que aceptaría)  
 Primero  Segundo  Tercero  Dividido  Rotativo  Cualquiera

\*36. ¿Cómo prefiere ser contactado? (marque los que corresponden)

Por correo  Teléfono principal  Teléfono alterno  Fax  E-Mail

Objetivo Laboral

\*37. Objetivo de Empleo / tipo de Trabajo que desea. Título del Trabajo \_\_\_\_\_

\*38. Enumere sus trabajos más recientes

	<u>Título del Trabajo</u>	<u>Experiencia en este trabajo</u>	
_____		Años _____	Meses _____
_____		Años _____	Meses _____
_____		Años _____	Meses _____

Ubicaciones Aceptables para Trabajar

**\*39. Estoy dispuesto a trabajar dentro de las siguientes zonas postales, estados o países:**

*Elija A, B, o C. Puede anotar hasta 3 zonas postales, estados o países. Si eligió A, circule el número de millas y anote la zona postal.*

<u>Zona Postal</u>	<u>Estados</u>	<u>Países</u>
A. 5 10 25 50 100 millas de la zona postal _ _ _ _ _	B. _____	C. _____
5 10 25 50 100 millas de la zona postal _ _ _ _ _	_____	_____
5 10 25 50 100 millas de la zona postal _ _ _ _ _	_____	_____

*Nota: (Esto se aplica únicamente a la letra A) Si usted está recibiendo Seguro por Desempleo, le pueden exigir viajar 1 hora por transporte privado o 1½ hora por transporte público.*

**40. Historial de Trabajo Si usted tiene experiencia de trabajo, escriba en esta sección lo más que pueda, para mejorar nuestras posibilidades de ayudarlo a conseguir trabajo.**

**Complete toda la información requerida para cada empleador.** Comience con su empleo mas reciente.

\* Título del Trabajo \_\_\_\_\_ \*Empleador \_\_\_\_\_

\*Dirección \_\_\_\_\_

\*Ciudad \_\_\_\_\_ \*Estado \_\_\_\_\_ \*País, si no es EU \_\_\_\_\_

Fecha que comenzó (mes / año) \_\_ / \_\_\_\_ Fecha que terminó (mes / año) \_\_ / \_\_\_\_ Supervisor \_\_\_\_\_

Teléfono ( \_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

\*Salario \$ \_\_\_\_\_ por hora / día / semana / mes / año \*Razón porque dejó el trabajo \_\_\_\_\_

\*Responsabilidades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Título del Trabajo \_\_\_\_\_ \*Empleador \_\_\_\_\_

\*Dirección \_\_\_\_\_

\*Ciudad \_\_\_\_\_ \*Estado \_\_\_\_\_ \*País, si no es E U \_\_\_\_\_

Fecha que comenzó (mes / año) \_\_ / \_\_\_\_ Fecha que terminó (mes / año) \_\_ / \_\_\_\_ Supervisor \_\_\_\_\_

Teléfono ( \_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

\*Salario \$ \_\_\_\_\_ por hora / día / semana / mes / año \*Razón porque dejó el trabajo \_\_\_\_\_

\*Responsabilidades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Título del Trabajo \_\_\_\_\_ \*Empleador \_\_\_\_\_

\*Dirección \_\_\_\_\_

\*Ciudad \_\_\_\_\_ \*Estado \_\_\_\_\_ \*País, si no es E U \_\_\_\_\_

Fecha que comenzó (mes / año) \_\_ / \_\_\_\_ Fecha que terminó (mes / año) \_\_ / \_\_\_\_ Supervisor \_\_\_\_\_

Teléfono ( \_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

\*Salario \$ \_\_\_\_\_ por hora / día / semana / mes / año \*Razón porque dejó el trabajo \_\_\_\_\_

\*Responsabilidades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Licencia de Manejar

41. ¿Tiene usted licencia de manejar?  Sí  No Si contestó NO, pase a la pregunta 44.

¿Qué clase de licencia tiene usted?  Clase A (Camión de arrastre)  Clase B (Camión / autobús)  
 Clase C (Camión liviano comercial)  Clase Cn (C-no comercial-CDL)  
 Clase D (Operador)  Clase E (Taxi)  
 Clase M (Motocicleta)

Estado que la emitió \_\_\_\_\_

Autorizaciones:  Transporte de Pasajeros  Materiales Peligrosos  Vehículos Tanques  Motocicletas  
 Autobús Escolar  Dobles / triples  Tanques Peligrosos  Frenos de Aire

42. ¿Necesita usted transportación pública para llegar al trabajo?  Sí  No

43. ¿Tiene usted automóvil o acceso a uno?  Sí  No

Certificados /Licencias

44. ¿Tiene usted un certificado o licencia ocupacional?  Sí  No Si contestó "No", pase a la pregunta 45.

\*Certificado / Licencia \_\_\_\_\_ \*Organización o Localidad que la emitió \_\_\_\_\_

Fecha que fue Emitido/a: (mes / año) \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ \*País \_\_\_\_\_

Certificado o Licencia Adicional:

\*Certificado /Licencia \_\_\_\_\_ \* Organización o Localidad que la emitió \_\_\_\_\_

Fecha que fue Emitido/a: (mes / año) \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ \*País \_\_\_\_\_

Escuelas

45. ¿Tiene usted un título universitario, diploma o certificado educacional?  Sí  No Si contestó "No", pase a la pregunta 46.

\*Carrera \_\_\_\_\_ \* Título \_\_\_\_\_ Fecha que terminó (mes /año) \_\_ / \_\_\_\_

\*Institución \_\_\_\_\_ \*Estado \_\_\_\_\_ \*País \_\_\_\_\_

Título, diploma o certificado educacional adicional:

\*Carrera \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Fecha que Terminó (mes /año) \_\_ / \_\_\_\_

\*Institución \_\_\_\_\_ \*Estado \_\_\_\_\_ \*País \_\_\_\_\_

**\*46. Destrezas Laborales: Anote por lo menos una**

Incluya las destrezas y habilidades que usted desempeña en su trabajo [s] o que adquirió a través de estudios o entrenamiento. Por ejemplo mecánica automotriz, carpintería, soldadura, mecanografía, técnico u operador de computadoras, etc. Use tanto como sea posible el inventario de habilidades que está disponible en la Sala de Recursos del Departamento de Trabajo [One-Stop Center.] También incluya cualquier idioma extranjero que hable con fluidez.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

47. Escriba cualquier distinción que haya recibido o actividades extracurriculares en las cuales participa. \_\_\_\_\_

-----Para Uso Oficial Solamente-----  
Dislocated Worker  Yes  No  Unknown Econ. Disadvantaged  Yes  No  Unknown  
WOTC  Yes  No  Unknown TRA  Yes  No  Unknown  
Rapid Response  Yes  No  Unknown MSFW  Yes  No  Unknown