

Self -Employment Assistance
Program Unit
Harriman State Office Campus
Building 12, Room 222
Albany, NY 12226



Plan de servicios individuales del Programa de Asistencia para Autoempleo (SEAP)

Instrucciones: use este formulario para describir las 20 horas de clases de capacitación y desarrollo de habilidades que tomará para prepararse para comenzar su negocio. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales. **No tiene que terminar la capacitación o asesoría antes de enviarnos este formulario.** Sin embargo, debe terminar la capacitación durante su período en el SEAP y antes de las fechas límite de los formularios de avance correspondientes.

Envíe este formulario por internet en su carpeta de correspondencia en www.labor.ny.gov/signin o escanee este formulario contestado y cárguelo en su cuenta en línea, envíelo por fax al (518) 402-6586 o envíelo por correo a la dirección que aparece arriba. Si no recibimos este formulario a más tardar en la fecha límite, no será elegible para recibir beneficios del SEAP desde la fecha en que debió entregarse el formulario hasta la fecha en que se reciba.

Nombre: _____ Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social:

--	--	--	--

Parte I – Información del asesor empresarial

Escriba a continuación la información de contacto del asesor empresarial al que consultará mientras participa en el programa, así como la fecha de su primera cita.

Nombre y puesto del asesor empresarial: _____

Agencia/Organización: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de la 1.ª cita: _____

Parte II – Información de la capacitación o los talleres

Describa **las 20 horas** de clases de capacitación que planea tomar. Si necesita añadir o eliminar una clase después de enviar este formulario, llame a la Unidad del SEAP al teléfono (518) 485-1597.

Escuela/Agencia: _____ Número de teléfono: (_____) _____

Dirección de la escuela/agencia: _____

Taller o clase: _____

Fechas de la capacitación: _____ Número de horas: _____

Escuela/Agencia: _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección de la escuela/agencia: _____

Taller o clase: _____

Fechas de la capacitación: _____ Número de horas: _____

Escuela/Agencia: _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección de la escuela/agencia: _____

Taller o clase: _____

Fechas de la capacitación: _____ Número de horas: _____

Escuela/Agencia: _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección de la escuela/agencia: _____

Taller o clase: _____

Fechas de la capacitación: _____ Número de horas: _____

Escuela/Agencia: _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección de la escuela/agencia: _____

Taller o clase: _____

Fechas de la capacitación: _____ Número de horas: _____

Escuela/Agencia: _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección de la escuela/agencia: _____

Taller o clase: _____

Fechas de la capacitación: _____ Número de horas: _____

Total de horas = _____

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas.

Firma: _____ Fecha: _____