



Sistema de desarrollo de la fuerza laboral
Encuesta de respuesta rápida de información y solicitud del cliente

Complete este formulario, ya que nos ayudará a encontrar servicios y programas que se ajusten a sus necesidades.
Use letra de imprenta clara.

Fecha: ___/___/___ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Número de seguridad social: ___-___-___
Apellido: _____ Nombre: _____ *Género: [] Masculino [] Femenino
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____
Teléfono particular: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____
Idioma preferido: _____ *Etnia: [] Hispano o latino [] No hispano ni latino
*Raza: [] Nativo de Alaska o indígena de EE. UU. [] Asiático [] Negro o afroamericano [] Nativo hawaiano o isleño de otra isla del Pacífico [] Blanco
*¿Tiene alguna discapacidad? [] Sí [] No
*Nota: Estas preguntas son voluntarias. La información se mantendrá confidencial y tiene previsto un uso exclusivo relacionado con el mantenimiento de registros y requisitos de acción positiva. No se le aplicará ninguna sanción si se niega a responderlas.

Educación:

Máximo grado finalizado: [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 [] 8 [] 9 [] 10 [] 11 [] Egresado de la escuela secundaria o [] Examen GED/TASC
Título/certificado vocacional: Institución emisora: _____ Tipo: _____
Máximo nivel universitario finalizado: Algunos años de universidad: [] 1 año [] 2 años [] 3 años [] Título intermedio [] Licenciatura [] Maestría [] Doctorado
Universidad a la que asistió: _____ Indique la especialización: _____ Estado: _____
Estado escolar: [] Asiste a la escuela [] No asiste a la escuela Si asiste a una escuela, indique los detalles: _____

Condición de veterano:

¿Prestó servicio militar? [] Sí [] No En caso afirmativo, indique las fechas de servicio activo: ___/___/___ hasta ___/___/___
Rama militar: _____ Situación de vivienda: [] Casa propia [] Alquilada [] Sin hogar
¿Recibe una compensación por una discapacidad relacionada con el servicio? [] Sí [] No
En caso afirmativo, ¿el porcentaje de su discapacidad es del 30 % o más? [] Sí [] No

Empleo, búsqueda laboral y preferencias:

Nombre del empleador actual: _____ Lugar del empleo: _____
Puesto laboral: _____ Salario/sueldo: _____ [] por hora [] anual
Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de despido (si la conoce): ___/___/___ Duración: ___ años ___ meses
Descripción laboral (sea específico): _____

Aptitudes laborales (de todos los empleos/capacitaciones): _____

¿Tiene un currículum vitae? [] Sí [] No ¿Le gustaría recibir ayuda para actualizar o crear un currículum vitae? [] Sí [] No
¿Le gustaría recibir información sobre [] Consejos para entrevistas laborales [] Redacción de cartas de presentación [] Financiamiento para capacitación [] Planificación de la carrera profesional
¿A qué puestos laborales se postulará durante su búsqueda laboral? _____
Enumere algunas de las empresas en donde le interesaría trabajar: _____
¿Piensa inscribirse en la escuela o en un curso de capacitación? [] Sí [] No
En caso afirmativo, ¿qué tipo de capacitación? _____
¿Cuál es el salario mínimo que espera ganar en su próximo puesto? _____ [] por hora [] anual
¿Qué horario de trabajo prefiere? [] Tiempo completo [] Tiempo parcial Turno preferido: [] Primero [] Segundo [] Tercero [] Cualquiera
¿Cómo llega al trabajo? _____ ¿Cuántas millas está dispuesto a viajar para llegar al trabajo? [] 5 [] 10 [] 25 [] 50
¿Tiene licencia de conducir? [] Sí [] No En caso afirmativo, indique la fecha de emisión: _____ ¿Qué clase de licencia tiene? _____