

WE ARE YOUR DOL



División de Empleo y Soluciones de la Fuerza Laboral

Registro para servicios de desarrollo profesional

Escriba con letra de molde legible

Datos del cliente

Número de Seguro Social _____ Número de ID de Nueva York: NY _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Género: Masculino Femenino No binario

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Condado _____ País _____

Número de teléfono _____ Número de teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Es ciudadano de Estados Unidos? Sí No

Si contestó que no, ¿está autorizado para trabajar en Estados Unidos? Sí No

¿Tiene un **diploma de educación secundaria o un GED/TASC**? Sí No

Si contestó que no, ¿cuál es el grado máximo de estudios que terminó? _____

¿Tiene un **dominio limitado del inglés**? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuál es su idioma principal? _____

Nota: las preguntas sobre grupo étnico y raza son voluntarias. La información se mantendrá confidencial y solo se planea usarla para mantener los registros y cumplir con los requisitos de acción afirmativa.

Grupo étnico Hispano No hispano

Raza: (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Chino |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Bangladesí |
| <input type="checkbox"/> Paquistaní | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Nepalés |
| <input type="checkbox"/> Birmano | <input type="checkbox"/> Tailandés | <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> Guameño y chamorro | <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico | |

El Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York es un empleador que cumple con los principios de igualdad de oportunidades.

Si se solicitan, se brindan apoyos y servicios auxiliares en sus programas a las personas con discapacidades.

Militar

Si nació después del 31 de diciembre de 1959 y se le asignó el sexo masculino al nacer, ¿está registrado con el Servicio Militar Selectivo de EE. UU.? Sí No

Si contestó, fechas de servicio activo: Del _____ al _____

Rama del servicio: _____

Preferencias de empleo

¿Qué tipos de empleos considera aceptables?

Semana laboral: Tiempo completo (30 horas a la semana o más)
 Tiempo parcial (menos de 30 horas a la semana)
 Cualquiera

Duración: Fijo (más de 150 días)
 Temporal (3 días o menos)
 Fijo o temporal (4-150 días)

Salario mínimo aceptable requerido: \$ _____ por Hora Día Semana Mes Año

¿Qué turno(s) está dispuesto a trabajar? (Marque todas las opciones que correspondan)

Primero (un turno que comienza en la mañana) Segundo (un turno que comienza en la tarde)
 Tercero (un turno que comienza en la noche) Dividido Rotativo Cualquiera

Asistencia por ajustes comerciales (TAA)

¿El Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York le ha notificado (recibió el formulario TA722) que usted es elegible para **asistencia por ajustes comerciales**? Sí No

Si contestó que sí, número de petición de TAA: _____

Si contestó que no, ¿se separó de su empleo debido al comercio exterior? Sí No

Objetivo e historia laboral

Objetivo de empleo/tipo de trabajo deseado (puesto) _____

¿Está dispuesto a viajar? 25 50 100 millas de su código postal _____

Escriba los últimos dos empleadores para los que trabajó. Escriba primero su empleo más reciente. Proporcione todos los datos solicitados sobre cada empleador. Incluya todos los detalles posibles para mejorar nuestras probabilidades de ayudarlo a encontrar trabajo.

Puesto _____ **Empleador** _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ País, si no es EE. UU. _____

¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____ Fecha de inicio _____ Fecha de terminación _____

Sueldo \$ _____ por Hora Día Semana Mes Año

Motivo de su salida: _____

Funciones laborales: _____

Puesto _____ Empleado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ País, si no es EE. UU. _____

¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____ Fecha de inicio _____ Fecha de terminación _____

Sueldo \$ _____ por Hora Día Semana Mes Año

Motivo de su salida: _____

Funciones laborales: _____

Escolaridad, certificados, licencias

Marque el máximo nivel de estudios que completó:

K-12: ninguno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12/graduado de secundaria
 12/sin título Equivalencia de secundaria (TASC, GED)

Educación superior (después de la secundaria):

<input type="checkbox"/> Secundaria + 1 año/sin título	<input type="checkbox"/> Secundaria + 2 años/sin título	<input type="checkbox"/> Secundaria + 3 años/sin título
<input type="checkbox"/> Secundaria + 1 año/ cert. vocacional	<input type="checkbox"/> Secundaria + 2 años/ cert. vocacional	<input type="checkbox"/> Secundaria + 3 años/ cert. vocacional
<input type="checkbox"/> Secundaria + 1 año/ título de asociado	<input type="checkbox"/> Secundaria + 2 años/ título de asociado	<input type="checkbox"/> Secundaria + 3 años/ título de asociado
<input type="checkbox"/> Título de licenciatura	<input type="checkbox"/> Título de maestría	<input type="checkbox"/> Título de doctorado

¿Cuenta con **transporte confiable** para ir y regresar del trabajo? Sí No

¿Tiene **licencia de conducir**? Sí No

¿Qué tipo de licencia tiene? Clase A (Tractocamión) Clase B (Camión/autobús)
 Clase C (Camión comercial ligero) Clase Cn (C no CDL)
 Clase D (Operadores) Clase E (Taxi)
 Clase M (Motocicleta)

Autorizaciones: Transporte de pasajeros Materiales peligrosos Camiones cisterna
 Motocicletas Autobuses escolares Dobles/Triples
 Camiones cisterna con materiales peligrosos Frenos de aire

¿Tiene un **certificado o una licencia ocupacional**? Sí No

Certificado/Licencia _____ Organización o localidad que expide _____
Fecha de expedición _____ Estado _____ País _____

Certifico que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta en la medida de mi conocimiento.

Firma _____ Fecha _____