

**Gobierno de Puerto Rico**  
**Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (WIOA)**  
**JUNTA LOCAL DE DESARROLLO LABORAL GUAYNABO-TOA BAJA**

P.O. Box 7885, Guaynabo, Puerto Rico 00970  
Tel: (787) 720-4040 Ext. 6209 · Fax: (787) 731-0731 · TTY: (787) 720-3961

Rev. 09/2019

**SOLICITUD UNIVERSAL**

<b>Seguro Social</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial</b>	<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>
XXX-XX-				
<b>Fecha Recogido de Datos</b>	<b>Edad</b>	<b>Estatus Ciudadano</b>	<b>Autorizado a Trabajar</b>	<b>Servicio Selectivo</b>
____/____/____ mm / dd / yyyy		<input type="checkbox"/> Ciudadano EEUU <input type="checkbox"/> Extranjero residente <input type="checkbox"/> Ni ciudadano, no residente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
<b>CARACTERÍSTICAS</b>				
<input type="checkbox"/> Discapacidad lo hace elegible para programas <input type="checkbox"/> Condición física o mental impide logro de metas <input type="checkbox"/> Limitación con el idioma inglés <input type="checkbox"/> Padre soltero o madre soltera <input type="checkbox"/> Padre no custodio <input type="checkbox"/> Lugar de procesamiento alimentos; tiempo trabajado: _____		<input type="checkbox"/> Ofensor <input type="checkbox"/> Residente en residencial público <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Producción y servicios agrícolas <input type="checkbox"/> Dependiente de trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Huyó del hogar, sin hogar		
<b>CONDICIÓN LABORAL</b>				
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> No Empleado	<b>Sub-Empleado:</b> <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial que está buscando empleo a tiempo completo. <input type="checkbox"/> Empleado en un puesto de trabajo que es inadecuado con respecto a sus destrezas y adiestramientos. <input type="checkbox"/> Empleado que cumple con la definición de bajos ingresos bajo WIOA. <input type="checkbox"/> Empleado cuyos ingresos no son suficientes comparados con sus ingresos en el empleo anterior.			
<b>Información de Desplazo:</b> <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Despido o Cesantía <input type="checkbox"/> Cierre <input type="checkbox"/> Empleo Propio <input type="checkbox"/> Desastre Natural <input type="checkbox"/> Desplazada Doméstica <input type="checkbox"/> Esposa(o) de miembro activo del Ejército de EEUU que ha quedado sin empleo como resultado directo de la relocalización de un miembro activo				
<b>INFORMACIÓN DE VETERANO</b>				
<b>Veterano</b>	<b>Veterano Barreras Sustanciales</b>	<b>Veterano Discapacitado</b>	<b>Veterano de Campaña</b>	
<input type="checkbox"/> Sí, sirvió 180 días o menos <input type="checkbox"/> Sí, veterano elegible <input type="checkbox"/> Sí, otra persona elegible <input type="checkbox"/> Veterano post 9/11 <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Recibió Taller TAP</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí, con discapacidad especial <input type="checkbox"/> No Categoría de impedimento: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Miembro admitido en transición</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha separación Servicio Militar: ____/____/____			Fecha de cobertura ____/____/____	
<b>INFORMACIÓN DE JÓVENES</b>				
<b>Condición Educacional:</b> <input type="checkbox"/> Estudiante aún no graduado de escuela superior <input type="checkbox"/> Estudiante en programa post-secundario <input type="checkbox"/> Estudiante en escuela alternativa <input type="checkbox"/> No estudia y no posee diploma de escuela superior <input type="checkbox"/> No estudia, pero posee diploma de escuela superior		<b>Características:</b> <input type="checkbox"/> Desertor escolar <input type="checkbox"/> Embarazada o criando <input type="checkbox"/> Limitado en destrezas básicas <input type="checkbox"/> Necesita asistencia adicional <input type="checkbox"/> Necesita educación adicional <input type="checkbox"/> Ofensor <input type="checkbox"/> Sin hogar, huyó del hogar <input type="checkbox"/> Hogar de crianza u orfanato <input type="checkbox"/> Posee barreras severas para emplearse <input type="checkbox"/> Posee alguna discapacidad		

INFORMACIÓN DE INGRESOS	
Ingresos Elegibles (ÚLTIMOS 6 MESES)	Ingresos Excluidos
<b>Salario bruto:</b> _____ <b>Ingreso de negocio:</b> _____ <b>SS por edad:</b> _____ <b>Pensión:</b> _____ <b>Otros:</b> _____  <b>Dependientes:</b> _____	<b>Compensación por desempleo:</b> _____ <b>Pensión alimentaria:</b> _____ <b>Compensación por Veteranos:</b> _____ <b>PAN:</b> _____ <b>SS familiar beneficiario fallecido:</b> _____ <b>SS por Discapacidad (SSDI):</b> _____ <b>Ingreso Suplementario de Seguro (SSI)</b> _____ <b>TANF:</b> _____ <b>Otros:</b> _____
PROGRAMAS ACTUALES	
<input type="checkbox"/> Beneficiario Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Beneficiario de <i>Beca Pell</i> <input type="checkbox"/> Residente de residencial público <input type="checkbox"/> Residente en comunidad beneficiada por fondos CSBG <b>Asistencia temporera familias necesitadas (TANF):</b> <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> No recibió beneficios <input type="checkbox"/> Agotador TANF <input type="checkbox"/> PAN (Programa Asistencia Nutricional)	<b>Programa de Compensación por Desempleo:</b> <input type="checkbox"/> Elegible y referido por WPRS <input type="checkbox"/> Elegible, no referido por WPRS <input type="checkbox"/> Agotó compensación <input type="checkbox"/> Ni reclamó, ni agotó <b>Cantidad Semanal de Compensación:</b> \$ _____
<b>Comentarios:</b>	
<b>Acción Tomada:</b>	
Por la presente certifico que la información aquí contenida es a mi mejor entender, exacta y verídica y que la misma ha sido puesta sin intención de desvirtuar los hechos o cometer fraude. Tengo conocimiento que mi caso está sujeto a verificación y que de determinarse que soy inelegible seré descalificado para participar en los programas de la agencia, y que estaré sujeto al reembolso de cualquier pago que haya recibido.	
<b>Firma del Cliente</b>	<b>Fecha</b>
	____/____/____ <b>mm / dd / yyyy</b>
<b>Nombre del Funcionario Autorizado</b>	<b>Firma del Funcionario Autorizado</b>