

FORMA DE REGISTRACION

Fecha (MM/DD/YY) ___/___/___		Número de Seguro Social:			
Nombre		Inicial	Apellido		
Dirección de Domicilio		Ciudad		Estado	Código Postal
Dirección Postal (Sí es diferente)		Ciudad		Estado	Código Postal
Número de Teléfono		Número de Teléfono Alternativo		Número de teléfono celular o de texto	
Fecha de Nacimiento ___/___/___		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Correo Electrónico:	
Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente Permanente Legal (Número de Registro de Extranjero) _____ <input type="checkbox"/> Extranjero Autorizado a trabajar (Número de Extranjero o de Admisión) _____ Fecha de Expiración: ___/___/___					
Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano / Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Otras Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> No deseo responder				Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Haitiano	
Idiomas que habla: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros (especifique):					
Licencia de Manejar: <input type="checkbox"/> Clase A - Tractor Trailer sobre 13 toneladas <input type="checkbox"/> Clase E – Licencia de Manejar Regular <input type="checkbox"/> Clase B – Vehículo de 13 toneladas o más <input type="checkbox"/> Clase F – Otro: <input type="checkbox"/> Ninguna					
Actualmente Estudiando: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nivel Mayor de Educación: <input type="checkbox"/> Menos que Escuela Superior <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Graduado de Escuela Superior/GED <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Certificado de Escuela Vocational <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Grado Especializado (MD/DDS)				Estado Actual de Empleo: (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Subempleado <input type="checkbox"/> No empleado y buscando empleo <input type="checkbox"/> Empleado pero buscando nuevo empleo <input type="checkbox"/> Empleado y planea permanecer con el empleador actual	
¿Tiene alguna Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ex-Delincuente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Historial de Trabajo:					
Nombre de Empleador		Ciudad/Estado	Título de Posición	Fecha de Comienzo y Termination	Salario
¿En que tipo de trabajo está interesado?					
¿Qué tipo de licencias o certificados tiene?					
¿Qué tipo de licencias o certificados le interesa recibir?					
¿Hay algo que le impida poder trabajar?					

Por favor déjenos saber si está interesado en alguno de los siguientes servicios. Marque todos los que aplique.

<input type="checkbox"/>	Salon de Recursos/Computadoras	<input type="checkbox"/>	Asistencia en Preparación de "Resume"	<input type="checkbox"/>	Información del Mercado de Empleo	<input type="checkbox"/>	Búsqueda de Trabajo
<input type="checkbox"/>	Actividades de Servicio Propio	<input type="checkbox"/>	Destrezas para Entrevistas	<input type="checkbox"/>	Referidos de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Talleres

Certifico que, al completar este formulario, estoy otorgando permiso a CSH para crear una nueva cuenta de registro para mí en Employ Florida o actualizar una cuenta existente. Entiendo que mi información será compartida, según corresponda, a posibles empleadores.

¿Ha servido en el servicio militar? Sí No (En caso afirmativo, por favor complete la información de Veterano en el reverso de este formulario) ¿Es usted un trabajador agrícola temporario o migrante (MSFW)? Sí No (En caso afirmativo, por favor complete la información de MSFW en el reverso de este formulario)

Información de Veteranos

<p>Tipo de Veterano:</p> <p><input type="checkbox"/> Veterano con Insignia de Campaña (Sirvió durante una guerra y recibió insignia de campaña)</p> <p><input type="checkbox"/> Persona elegibles (cónyuge de un Veterano que es 100% discapacitado, MIA, o fallecido en acto de servicio)</p> <p><input type="checkbox"/> Veterano elegible (Sirvió mas de 180 días y se despido con una razon diferente a deshonorable)</p> <p>Estatus de Veterano, Servicio fue de:</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 180 días <input type="checkbox"/> Mas de 180 días</p>	<p>Veterano Discapacitado</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacitado _____% <input type="checkbox"/> Incapacitado Especial _____%</p> <p>¿Tiene usted entre 18-24 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Rango: _____</p> <p>Especialidad Militar: _____</p> <p>Tiempo de Servicio(MM/DD/YY):</p> <p>Desde: __/__/____ Hasta: __/__/____</p> <p>Division de militar en que sirvio: _____</p> <p>Tipo de Despido: _____ (Hon, GD, OTHC, BCD, DD)</p> <p>¿Veterano Recientemente Retirado? (36 meses o menos)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
¿Ha asistido a un Programa de Ayuda a la Transición (TAP)? (Mes/Año):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una discapacidad relacionada con el servicio? (Incluye discapacidad pendiente con VA)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está recibiendo atención en un Centrol Militar de Tratamiento (MTF) o Unidad de Transición para Heridos en Guerra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted un veterano recién separado (36 meses o menos), que ha estado desempleado durante 27 semanas o más, en cualquier momento de los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Fue usted involuntariamente separado através de una reducción de personal de servicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está sin hogar o espera convertirse en persona sin hogar en los próximos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está huyendo de una situación peligrosa en el hogar y no tiene los recursos o redes de apoyo para obtener otra vivienda permanente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted un ex-delincuente o está actualmente encarcelado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted un veterano de la era de Vietnam? (2/28/1961-5/7/1975 si el servicio fue en la República de Vietnam, o 8/5/1964-5/7/1975 en todos otros casos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted Diploma de Escuela Superior o "GED"?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe usted asistencia pública?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted Miembro del Servicio en Transición? (Requiere un "Hand-off" o actual barrera especial para ser empleado)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted Familiar de un Veterano que "Cuida y Atiende"?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tamaño de Familia	Ingreso por los últimos 6 meses	Ingreso Anual	Por favor marque la categoría que aplique	Otro o escoja no dar la información <input type="checkbox"/>
1	\$ 6,440 o menos	\$ 12,880 o menos		
2	8,710 o menos	17,420 o menos		
3	10,980 o menos	21,960 o menos		
4	13,250 o menos	26,500 o menos		
5 o más	Agregue \$2,270 por cada persona adicional	Agregue \$4,540 por cada persona adicional		

Trabajador Agricola Temporario Migratorio

Las siguientes preguntas no se relacionan con el trabajo realizado en una granja familiar, rancho, apicultura, procesamiento de alimentos u operación de fabricación de alimentos que usted o sus parientes cercanos tengan.

¿Ha trabajado como trabajador agrícola en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, responda las preguntas a continuación.
¿Ha estado empleado los últimos 12 meses en trabajos agrícolas de temporada o temporero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha viajado al sitio de trabajo y no puede regresar razonablemente a su residencia permanente el mismo día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es el cultivo principal de su trabajo agrícola?	
¿Que tipo de trabajo preferiría hacer?	
¿Qué otra experiencia o entrenamiento tiene?	
Fecha de entrega y explicación de la forma 511N:	

Entiendo que las computadoras, fotocopiadoras, fax y teléfonos son únicamente para el propósito de búsqueda de empleo.

La información solicitada está destinada a utilizarse únicamente en relación con los esfuerzos para dar prioridad a las personas con discapacidad. La información se solicita de forma voluntaria y se mantendrá confidencial. Al no proporcionar la información, el solicitante o participante no recibirá ningún tratamiento adverso, y se utilizará solo a la conformidad con la ley.