|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lista de verificación para la preparación laboral (elementos de datos de la Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral [Workforce Innovation and Opportunity Act, WIOA])** | | | | | |
| De conformidad con el título 20 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) Sección 677.235, el departamento está recopilando esta información con el fin de presentar los informes. El suministro de esta información, incluido su número de Seguro Social (Social Security Number, SSN), es voluntario. No facilitar su SSN o la información completa puede causar un retraso en el procesamiento de la información o en el servicio. La información personal puede utilizarse para otros fines [Ley de Privacidad, Estatutos de Wisconsin 15.04(1)(m)]. Todas las fechas están en formato mes/día/año. | | | | | |
| Nombre del cliente | | | | Fecha de nacimiento | Fecha de hoy |
| 1. ¿Usted es cónyuge de un miembro militar en servicio activo?  Sí  No | | | | | |
| 2. ¿Tiene alguna discapacidad?  Sí  No  No deseo revelar esta información | | | | | |
| **Si respondió “Sí” en la pregunta 2, conteste las preguntas 19-24 en la página 2 de este formulario.** | | | | | |
| 3. En caso afirmativo, indique el tipo de discapacidad (marque todas las opciones que correspondan).  Afección física/crónica  Deficiencia física/movilidad  Deficiencia mental o psiquiátrica  Relacionada con la visión  Relacionada con la audición  Discapacidad del aprendizaje  Cognitiva/intelectual  No deseo revelar esta información | | | | | |
| 4. A la fecha, ¿ha estado desempleado por 27  semanas consecutivas o más?  Sí  No | | 5. ¿Es padre soltero?  Sí  No  No deseo revelar esta información | | | |
| 6. ¿Es indigente?  Sí  No | | 7. ¿Es ama de casa desplazada?  Sí  No | | | |
| 8. ¿Actualmente recibe o ha recibido alguno de los siguientes beneficios en los últimos 6 meses?  FoodShare:  Lo recibe actualmente  Lo ha recibido en los últimos 6 meses  No  TANF/W-2  Lo recibe actualmente  Lo ha recibido en los últimos 6 meses  No  Other Public Assistance  Sí  No | | | | | |
| 9. ¿Está dentro de los 2 años de haber agotado su elegibilidad de por vida de la Asistencia Temporal para  Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)?  Nota: por lo general, existe un límite de por vida de 60 meses para los programas de TANF.  Sí  No  No aplica (nunca he recibido TANF ni he agotado la elegibilidad de por vida) | | | | | |
| 10. ¿Los ingresos de su **familia** en los últimos 6 meses cayeron por debajo de los siguientes niveles según el  tamaño del hogar? | | | | | |
| Sí, en o por debajo del 100 % del FPL **O**  Sí, en o por debajo del 70 % del Nivel de Ingresos Estándares de Vida más Bajo  No  (Lower Living Standard Income Level, LLSIL) | | | | | |
| 11. ¿Sus ingresos **individuales** en los últimos 6 meses cayeron por debajo de los siguientes niveles (en función de  1 persona)?  Sí, en o por debajo del 100 % del FPL **O**  Sí, en o por debajo del 70 % del LLSIL  No | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **100 % de los Niveles Federales de Pobreza (Federal Poverty Levels, FPL)** | | | **Personas en la familia/hogar** | **Ingresos de 6 meses** | | 1 | $7,825 | | 2 | $10,575 | | 3 | $13,325 | | 4 | $16,075 | | 5 | $18,825 | | 6 | $21,575 |   En el caso de las familias/hogares con más de 6 personas, agregue $2,750 por cada persona adicional. | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **70 % del LLSIL (ingresos de 6 meses)** | | | | **Tamaño de la familia** | **A-Metro** | **B-Sin metro** | | 1 | $6,097 | $5,825 | | 2 | $9,993 | $9,537 | | 3 | $13,716 | $13,094 | | 4 | $16,932 | $16,164 | | 5 | $19,981 | $19,079 | | 6 | $23,371 | $22,311 |   En el caso de cada persona mayor de 6 años, agregue $3,391 (metro) o $3,232 (sin metro). | | | |
| 12. ¿Recibe el beneficio de la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) o Seguro  por Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI)?  No  SSI  SSDI  SSI y SSDI  SSI y titular de tiquetes  SSDI y titular de tiquetes  SSI, SSDI, y titular de tiquetes | | | | | |
| 13. ¿Tiene dificultades para leer o hablar inglés?  Sí  No | 14. ¿Es una persona con antecedentes de arresto o  condenas?  Sí  No  No deseo revelar esta información | | | | |
| 15. ¿Tiene dificultades para leer o realizar operaciones matemáticas básicas (habilidades básicas)?  Sí  No | | | | | |
| 16. ¿Tiene alguna barrera cultural? (Cree que tiene actitudes, costumbres o prácticas que influyen en una forma de  pensar, actuar o trabajar y que pueden dificultar conseguir un trabajo)  Sí  No  No deseo revelar esta información | | | | | |
| 17. ¿Tiene otras dificultades importantes que cree que le pueden dificultar conseguir un trabajo?  Sí  No | | | | | |
| 18. En el último año (12 meses), ¿ha trabajado en algún tipo de agricultura, aunque haya sido por un período corto o como un trabajo secundario? (Si su respuesta es "Sí", continúe con la pregunta 18a. Si su respuesta es "No", pase a la pregunta 19, si es necesario).  Sí  No | | | | | |
| 18a. ¿Fue contratado para trabajar durante la temporada en ese trabajo agrícola, es decir, solo por una parte del año? (Si su respuesta es "Sí", continúe con la pregunta 18b. Si su respuesta es "No", pase a la pregunta 19, si es necesario).  Sí  No | | | | | |
| 18b. ¿Tuvo que salir de su residencia principal y vivir temporalmente en otro lugar mientras realizaba este trabajo?  Sí  No | | | | | |
| Firma del participante | | | | | |
|  | | | | | |
| **Conteste estas preguntas solo si respondió “Sí” a la pregunta 2.** | | | | | |
| 19. ¿Ha recibido servicios financiados por la Agencia  Estatal de Discapacidades del Desarrollo (State  Developmental Disabilities Agency, SDDA)?  Sí  No | | | 20. ¿Ha recibido servicios financiados por una agencia  de salud mental local o estatal?  Sí  No | | |
| 21. ¿Ha recibido servicios financiados a través de una exención estatal de Medicaid Home y servicios  comunitarios?  Sí  No | | | | | |
| 22. ¿Participa en un entorno laboral para discapacitados? (Seleccione una opción) | | | | | |
| Empleo integrado competitive  Empleo con apoyo individual  Empleo con apoyo grupal  Taller protegido | | | Combinación de dos o más entornos  Desempleado  No aplica | | |
| 23. ¿Qué tipo de Servicios de Empleo Personalizado (Customized Employment Services, CES) ha recibido?  (Seleccione una opción) | | | | | |
| Servicios de evaluación de descubrimiento  Desarrollo del plan de Búsqueda de Empleo  Personalizado (Customized Employment Search,  CES)  Servicios de negociación para empleadores | | | Empleo asegurado, debido a que recibió servicios de  empleo personalizados y servicios de apoyo  extendidos  No recibió servicios de CES  No aplica | | |
| 24. ¿Ha recibido alguno de los siguientes servicios de capacidad financiera? (Seleccione una opción).  Servicios de planificación de beneficios  Servicios de capacidad financiera/desarrollo de activos  Servicios de planificación de beneficios y servicios de capacidad financiera/desarrollo de activos  No  No aplica | | | | | |

The Department of Workforce Development is an equal opportunity employer and service provider. If you need this information or printed material in an alternate format, or in different language, please contact us at (888) 258-9966. Deaf, hard of hearing, or speech impaired callers can contact us through Wisconsin Relay Service at 7-1-1.