

**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																																									
<b>Si respondió "Sí" en la pregunta 2, conteste las preguntas 19-24 en la página 2 de este formulario.</b>																																									
3. En caso afirmativo, indique el tipo de discapacidad (marque todas las opciones que correspondan). Afeción 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 <b>familia</b> 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 <input type="radio"/> 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 <b>individuales</b> 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 <input type="radio"/> Sí, en o por debajo del 70 % del LLSIL      No																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">100 % de los Niveles Federales de Pobreza (Federal Poverty Levels, FPL)</th> </tr> <tr> <th>Personas en la familia/hogar</th> <th>Ingresos de 6 meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>\$7,825</td></tr> <tr><td>2</td><td>\$10,575</td></tr> <tr><td>3</td><td>\$13,325</td></tr> <tr><td>4</td><td>\$16,075</td></tr> <tr><td>5</td><td>\$18,825</td></tr> <tr><td>6</td><td>\$21,575</td></tr> </tbody> </table> <p>En el caso de las familias/hogares con más de 6 personas, agregue \$2,750 por cada persona adicional.</p>	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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">70 % del LLSIL (ingresos de 6 meses)</th> </tr> <tr> <th>Tamaño de la familia</th> <th>A-Metro</th> <th>B-Sin metro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>\$6,097</td><td>\$5,825</td></tr> <tr><td>2</td><td>\$9,993</td><td>\$9,537</td></tr> <tr><td>3</td><td>\$13,716</td><td>\$13,094</td></tr> <tr><td>4</td><td>\$16,932</td><td>\$16,164</td></tr> <tr><td>5</td><td>\$19,981</td><td>\$19,079</td></tr> <tr><td>6</td><td>\$23,371</td><td>\$22,311</td></tr> </tbody> </table> <p>En el caso de cada persona mayor de 6 años, agregue \$3,391 (metro) o \$3,232 (sin metro).</p>	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
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																																								
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																																							

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
SSi y titular de tiquetes	SSDI
	SSDI y titular de tiquetes
	SSI y SSDI
	SSI, SSDI, y titular de tiquetes
13. ¿Tiene dificultades para leer o hablar inglés?	14. ¿Es una persona con antecedentes de arresto o condenas?
Sí	No
No	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	

<b>Conteste estas preguntas solo si respondió "Sí" a la pregunta 2.</b>	
19. ¿Ha recibido servicios financiados por la Agencia Estatal de Discapacidades del Desarrollo (State Developmental Disabilities Agency, SDDA)?	20. ¿Ha recibido servicios financiados por una agencia de salud mental local o estatal?
Sí	Sí
No	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 competitivo	Combinación de dos o más entornos
Empleo con apoyo individual	Desempleado
Empleo con apoyo grupal	No aplica
Taller protegido	
23. ¿Qué tipo de Servicios de Empleo Personalizado (Customized Employment Services, CES) ha recibido? (Seleccione una opción)	
Servicios de evaluación de descubrimiento	Empleo asegurado, debido a que recibió servicios de empleo personalizados y servicios de apoyo extendidos
Desarrollo del plan de Búsqueda de Empleo Personalizado (Customized Employment Search, CES)	No recibió servicios de CES
Servicios de negociación para empleadores	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.