



**Solicitud para Capacitación Aprobada
por el Comisionado
Cuestionario para determinar elegibilidad**

Nombre completo	Número de seguro social o de identificación de cliente	Número de Teléfono ()
-----------------	--	------------------------------

Nombre y domicilio del reclamante

Devuelva este cuestionario por correo o por fax a:

**Employment Security Department
Unemployment Insurance Imaging
P.O. Box 19019
Olympia, WA 98507-0019
Fax: 1-800-301-1796**

Nota: Podría ser elegible para recibir beneficios mientras se capacita para montar su propio negocio. **No use** esta solicitud para solicitar beneficios bajo este programa. Complete la solicitud para el programa de Ayuda para Empleo por Cuenta Propia (SEAP). Para mayor información o para bajar la solicitud visítenos en línea en www.esd.wa.gov/programas-capacitación, o comuníquese con el centro local de empleos WorkSource.

Cuestionario para determinar elegibilidad del estudiante

Para calificar para beneficios, necesita poder trabajar, tener disponibilidad inmediata para trabajar de tiempo completo y buscar trabajo activamente. Cuestionaremos su elegibilidad si ya está inscrito o va a la escuela. En algunos casos, podemos aprobar su capacitación para el Programa de Capacitación del Comisionado, (es decir CAT) que no requiere la búsqueda de trabajo. Al final verá la solicitud adicional para CAT.

Si va a completar *la solicitud de Beneficios para Capacitación*, no necesita completar este cuestionario.

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de su participación en la escuela. Envíe este formulario y cualquier otro documento que pudiera ayudarnos a tomar una decisión acerca de su reclamo.

1. Nombre de la escuela: _____
 Domicilio de la escuela: _____
 Nombre del consejero de la escuela o del contacto _____
 Número de teléfono del consejero de la escuela o de contacto: _____

2. Por favor anote el nombre de su programa de capacitación o énfasis de estudio como se lista en el catálogo de la escuela. Puede encontrar esa información en www.careerbridge.wa.gov: _____

3. Soy un Freshman _____ Sophomore _____ Junior _____ Senior _____ Otro _____

4. ¿Qué certificación o nivel de educación trata de alcanzar? _____

5. ¿Cuándo comenzó o cuándo comenzará ese programa de capacitación? _____

6. ¿Cuándo se registró para ese trimestre o curso educativo? _____

7. Fecha en que comenzó el trimestre o curso es: _____
 Fecha en que terminarán las clases de ése trimestre o curso: _____

8. ¿Cuándo completará o se graduará del programa de capacitación? _____

9. ¿Cómo considera la escuela el programa de capacitación? Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____

10. ¿Cómo toma las clases? Marque todas las que le correspondan: En línea _____ en persona _____ por correspondencia _____
 De otra forma (explique por favor) _____

11. ¿Tiene que ir a la escuela en días y horas específicas? Sí _____ No _____

Nombre completo	Número de seguro social o de identificación de cliente
-----------------	--

12. Su horario de clases en este trimestre/sesión es:

Nombre de la clase	Número de curso	Horas de crédito	Horario de clase	Días de clase

13. ¿Cuántas horas al día toma o va a tomar en la clase, en preparación para la clase y estudiando? _____

14. ¿Cómo costea o costeará la escuela o programa de capacitación? Marque todo lo que aplique y liste las cantidades:

___ Subversión escolar \$ _____	___ Regalo \$ _____
___ Beca \$ _____	___ Préstamo personal \$ _____
___ Préstamo para estudiante \$ _____	___ Su propio dinero \$ _____
___ Otra forma: _____	

15. ¿Tendría que devolver dinero si deja alguna de sus clases? Sí ___ No ___

16. Anote el tipo de ocupación/trabajo en que tiene más experiencia: _____

¿Cuántos años de experiencia? _____

Anote cualquier otra ocupación/trabajo significativo y los años de experiencia:

17. En el pasado, ¿ha trabajado de tiempo completo e ido a la escuela al mismo tiempo? No ___ Sí ___ ¿Contestó sí? explique cómo lo pudo hacer: _____

18. Anote los tres últimos trabajos que haya tenido, empiece con el más reciente:

Nombre del empleador	Ocupación / puesto de trabajo	Comenzó	Terminó

19. Durante la última semana que reclamó beneficios ¿buscó trabajo o participó en alguna actividad de búsqueda de trabajo a través de la oficina WorkSource? No ___ (continúe abajo) Sí ___ Contestó sí, anote abajo los contactos hechos:

Fecha	Nombre del empleador & dirección	Empleador o domicilio de WorkSource	Puesto

Contestó no, explique porqué: _____

20. ¿Qué diría a los empleadores acerca de su disponibilidad para trabajar cuando solicite y le ofrezcan un trabajo? _____

21. ¿Qué días de la semana puede trabajar? Marque todos los que sean: Dom ___ Lun ___ Mar ___ Mié ___ Jue ___ Vie ___ Sáb ___

Nombre completo	Número de seguro social o de seguro social
-----------------	--

22. ¿Para que turnos estaría disponible para trabajar? Marque todos los que sean: Día ____ Tarde ____ Noche ____
23. ¿Cuántas horas al día y cuántas horas a la semana puede trabajar? Horas al día ____ Días por semana ____
24. Si le ofrecen trabajo que sea durante su horario de clases, ¿dejaría las clases para aceptar el trabajo? Sí__ No__
25. ¿Tiene la escuela esas clases a otras horas y lo dejarían cambiar a ésta etapa del curso? Sí__ No__
26. Si la escuela no reembolsa inscripción ¿está dispuesto a perder la inscripción? Sí__ No__

Necesitamos la información que nos proporcionó para poder tomar una decisión acerca de su reclamo de beneficios por desempleo. Si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted.

Antes de que tomemos una decisión, puede ejercer su derecho a una entrevista por teléfono o en persona. Si quiere una entrevista, llame al centro de reclamos por desempleo. Usted puede tener un abogado, o cualquier persona para que le ayude durante la entrevista. Puede presentar medios de prueba o testigos, contra-interrogar testigos o las partes presentes; y pedir copias de todos los archivos o documentos del asunto.

Leí y entiendo mis derechos. Declaré lo anterior para obtener beneficios por desempleo. La información proporcionada es verdadera de acuerdo a mi leal saber y entender.

Su nombre o firma _____ Fecha _____

Número de teléfono comenzando con el área: (____) _____ Dirección electrónica _____

AVISO IMPORTANTE:

Usaremos ésta información para determinar si es elegible o no para beneficios.

Complete y envíe el formulario por fax o al domicilio arriba indicado. Si no lo hace, podríamos denegar sus beneficios y podría tener un sobrepago.

Nombre completo

Número de seguro social

Solicitud para Capacitación Aprobada por el Comisionado (es decir, CAT y a partir de aquí así referido)

Sólo complete esta sección si quiere solicitar CAT

CAT permite obtener capacitación de tiempo completo y recibir beneficios sin buscar trabajo. Tiene que continuar buscando trabajo a menos que le notifiquemos por escrito que aprobamos su solicitud para CAT.

Podría calificar para CAT si su capacitación es de tiempo completo y:

- Hay pocos trabajos en su tipo de ocupación principal y la capacitación le daría una mejor oportunidad de encontrar trabajo porque las habilidades y destrezas que adquiriera harán que sea apto para obtener empleo en uno que tenga aperturas;
- Su trabajo requiere de esa capacitación; o
- Físicamente no puede continuar haciendo el trabajo que hace actualmente.

CAT no aumenta la cantidad ni las semanas que recibiría beneficios. Dependiendo de lo que dure la capacitación, podría agotar sus beneficios antes de completar su capacitación. Usted tiene la responsabilidad de sus propios planes financieros para continuar pagando su capacitación cuando se terminen sus beneficios.

1. ¿Tiene algún certificado o recibió título universitario? Sí ___ No ___ Contestó si, ¿cuál y cuándo lo recibió? _____

2. Anote los trabajos que podrá hacer cuando complete su capacitación: _____

3. Si no hay de esos trabajos donde vive, ¿se cambiaría a otra área para aceptar el trabajo? Si ___ No ___
¿Contestó sí? A qué áreas _____

4. ¿Cómo pagaría los gastos relacionados con la escuela si se terminan sus beneficios por desempleo antes de completar la capacitación? _____

5. ¿Proviene los fondos de esta capacitación de un programa especial como el de Workforce Investment Act (es decir, WIA) Ajuste de Comercio (Trade Act en inglés), o Capacitación al Trabajador? Sí ___ No ___
Contestó si, adjunte comprobante y lo siguiente:

Nombre del consejero: _____

Número de teléfono: _____

Ubicación: _____

Nombre de la subversión o programa especial: _____

6. ¿Le requiere el sindicato ésta capacitación? Sí ___ No ___ Contestó sí, anote el nombre y número de teléfono del sindicato y el empleador: _____

7. ¿Recibió el aviso WARN? Sí ___ No ___ ¿Contestó sí? Cuándo lo recibió y de que empleador? _____

8. Le han dicho empleadores que necesita actualizar sus habilidades u obtener alguna certificación para continuar en su ocupación actual? Sí ___ No. ¿Contestó sí? Por favor explique: _____

9. Tiene alguna lesión, enfermedad o alguna otra condición que le evite continuar trabajando en la misma ocupación? Por favor adjunte documentación médica que lo compruebe, (no se requiere). ¿Adjuntó copia? Sí ___ No ___ Contestó sí, por favor explique: _____

Estoy solicitando CAT y tengo entendido que ésta información podría verificarse y que yo debo de reportar con prontitud cualquier cambio a la información aquí contenida al centro de reclamos para Reclamos por Desempleo. Autorizo a la escuela, instalaciones para capacitación y a mi consejero para que proporcionen información a la Oficina del Departamento para la Seguridad del Empleo acerca de mi matrícula, la participación, las faltas y el progreso en la capacitación. Tengo entendido que continuaré buscando trabajo hasta que me notifiquen que se aprobó el CAT.

Nombre completo _____ Fecha _____