

**Employment Security Department**

WASHINGTON STATE

Solicitud - Programa de Ayuda para empleo por cuenta propia (SEAP)

Claims center

BYE

Nombre completo

Número de identificación

Número de teléfono

()

*Nombre y domicilio del reclamante:*Envíe este formulario a seacat@esd.wa.gov o por correo a:

Employment Security Department
Attn: Training Benefits Unit
PO Box 9046
Olympia, WA 98507-9046

Necesitamos esta información para tomar una determinación acerca de su reclamo por desempleo. Después de recibir sus respuestas, si necesitamos más información le llamaremos por teléfono.

Usted tiene el derecho a una entrevista telefónica o en persona antes de que se tome una determinación. Si quiere una entrevista, comuníquese al centro de reclamos. Para su entrevista puede tener con usted cualquier persona inclusive un abogado para que lo represente. Puede presentar medios de prueba, documentos o testigos; contra-interrogar a los testigos o a las partes presentes y pedir copias de todos los archivos o documentos del asunto.

Complete el cuestionario y devuélvalo como se indica arriba.

Podría calificar para participar en el programa de Ayuda para empleo por cuenta propia (SEAP) mientras recibe beneficios por desempleo. Vea una lista de proveedores aprobados www.esd.wa.gov/programas-capacitacion o visite el centro local WorkSource más cercano.

Cuando está aprobado para SEAP, no tiene que buscar trabajo mientras está participando en el programa. En base a lo que responda aquí, decidiremos si se puede o no aprobar.

Nota: No pagamos por los libros, matrícula o cuotas relacionadas al programa. La aprobación no extiende el número de semanas que puede cobrar beneficios por desempleo. Sus beneficios por desempleo podrían terminarse antes de que termine su programa. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la unidad Beneficios para capacitación al 1-877-600-7701.

Sección 1 – Información del programa Ayuda para empleo por cuenta propia

1. Información del proveedor del programa:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Nombre de la persona contacto del programa: _____

2. Nombre del programa: _____

3. Fecha de inicio del programa: _____

4. Fecha en que termina el programa: _____

(lo que incluye todos los elementos del programa; el plan de estudios, consultoría de negocios, ayuda técnica y los requerimientos para ejercer actividades para montar un negocio y convertirse en empleado por cuenta propia)

Nombre completo

Número de identificación

5. ¿A qué negocio se va a dedicar? _____
6. ¿Tiene ya un negocio? _____
7. ¿Cuál es su número unificado de identificación de negocio (es decir, UBI)? _____
8. Anote en que tipos de trabajo u ocupación en que tiene más experiencia: _____
- ¿Cuántos años trabajó en esa ocupación? _____
9. ¿Tiene alguna lesión, enfermedad o cualquier otra condición que le impida volver a su ocupación principal?
Si tiene documentación médica en apoyo de eso, por favor adjunte una copia (no se requiere).
Sí ___ No___ Contestó no, por favor explique

10. Liste cualquier otra ocupación significativa y cuanta experiencia tiene:

11. Comenzando con el trabajo más reciente, anote los últimos tres trabajos que haya tenido.

Nombre de la empresa

Puesto/ocupación

Comenzó

Terminó

Nombre completo

Número de identificación

Sección 2 — Certificación del solicitante

Estoy solicitando aprobación para participar en SEAP. Tengo entendido que se podría verificar esta información y me tengo que reportar a la unidad Beneficios para capacitación al 1-877-600-7701 cualquier cambio de lo arriba indicado. Estoy de acuerdo en que el Departamento podría comunicarse conmigo para pedir información en referencia a mi participación en el programa SEAP.

Autorizo a mi institución educativa a revelar información al Departamento para la Seguridad del Empleo acerca de mi inscripción y participación en el programa.

Tengo entendido que debo continuar buscando trabajo a menos que reciba la notificación con mi aprobación para SEAP.

La información es verdadera de acuerdo con mi leal saber y entender.

Firma _____ Fecha _____

Teléfono _____

Program provider certification

I have reviewed Section 1 of this application. The information provided is correct to the best of my knowledge. The applicant has the skills, ability, aptitude and resources to successfully complete our self-employment assistance program.

We will certify to the applicant's *full-time* participation in our program as required.

Signature: _____ Date: _____

Title/Position: _____ Phone: _____

El Departamento para la Seguridad del Empleo brinda a todos una oportunidad equitativa como empleador y como proveedor de programas y servicios. Previa solicitud, las personas discapacitadas pueden solicitar servicios o equipos auxiliares. Los servicios incluyen intérpretes cualificados y los equipos auxiliares incluyen aparatos de telecomunicación (TTY) para personas con impedimentos auditivos o del habla. Las personas con inglés limitado pueden solicitar gratis servicios de interpretación para conducir asuntos con el departamento.