Employment Security Department WASHINGTON STATE	**Información Beneficios para Capacitación**

Para solicitar beneficios de capacitación, complete los formularios adjuntos. Usaremos también la información en su solicitud para Beneficios de Capacitación para ver si califica para Capacitación Aprobada por el Comisionado (o CAT por sus sigals en inglés). Mientras se decide si califica o no para beneficios de capacitación, continúe buscando trabajo y mantenga un registro de su búsqueda tal y como se le indicó cuando solicitó beneficios. **Cuando se procese su solicitud, podría recibir dos (2) decisiones; una para CAT y la otra para los beneficios de la capacitación.**

Beneficios para capacitación

Pagamos beneficios para capacitación a los trabajadores elegibles que hayan perdido su trabajo y están en un programa de capacitación. Si se aprueban sus beneficios de capacitación, calificaría para recibir semanas extras de beneficios cuando agote los beneficios regulares por desempleo.

> *__NOTA__: Podríamos aprobar capacitación cuando no es de tiempo completo si tiene una discapacidad que le impida asistir a la escuela de tiempo completo.
>
> Para reclamos con fecha de validez en o después del 1 de julio, 2012, podría aprobarse capacitación de assistencia de menos de tiempo completo para trabajadores desplazados.

Los beneficios para capacitación y CAT no pagan la colegiatura, libros o cuotas. Solo puede recibir beneficios para capacitación mientras esté inscrito en capacitación y esté avanzando en forma satisfactoria y así lo certifica la escuela. Si se aprobaron los beneficios para capacitación o CAT, le enviaremos la hoja Reporte de Avance Satisfactorio para que cada seis meses, usted y la escuela completen ese formulario.

Se le podrían acabar los beneficios para la capacitación antes de terminar con la capacitación, ésto depende el tiempo que dure la capacitación y la cantidad de beneficios por desempleo.

Plazos

Hay ciertos plazos establecidos para registrar su Solicitud para Beneficios de Capacitación, y para estar inscrito en capacitación. **Esos plazos comienzan desde la fecha en que recibe por correo su *Manual para Reclamos por Desempleo***. Ése manual tiene información de los beneficios para capacitación y se le envía cuando solicita beneficios del seguro por desempleo.

Para reclamos por desempleo con fecha de validez antes del 5 de abril, 2009:

- Tiene **60 días de calendario** para entregar su *Solicitud para Beneficios de Capacitación*.
- Tiene **90 días de calendario** para inscribirse en capacitación, o en cuanto sea posible, si determinamos que la capacitación no está disponible dentro de un plazo de 90 días.
- Si no cumple con esos plazos, se le negará su solicitud de beneficios para capacitación.

Para reclamos por desempleo con fecha de validez 5 de abril, 2009, o *después*:

- Tiene **90 días de calendario** para entregar su *Solicitud para Beneficios de Capacitación.*
- Tiene **120 días de calendario** para inscribirse en capacitación, o en cuando sea posible si determinamos que la capacitación no está disponible dentro de un plazo de 120 días.
- Si no cumple con esos plazos, se le negará su solicitud de beneficios para capacitación, excepto si demuestra tuvo una razón justificable.

Employment Security Department WASHINGTON STATE	**Información Beneficios para Capacitación**

Para reclamos con fecha de validez del 1 de julio, 2012:

- Los trabajadores desplazados deben registrar su solicitud e inscribirse antes de que termine su año de beneficio.
- Todos los otros solicitantes tiene **90 días de calendario** para entregar su Solicitud para Beneficios de Capacitación a partir de la fecha en que recibió por correo el Manual para Reclamos por Desempleo.
- Todos los otros solicitantes tienen **120 días de calendario** a partir de la fecha en que recibió por correo el Manual para Reclamos por Desempleo, o lo antes posible si determinamos que la capacitación no está disponible dentro del plazo de 120 días.
- Denegaremos su solicitud de beneficios para capacitación si no la pone dentro de los plazos establecidos a menos que, muestre que tuvo una razón justificable.

Si después de abrir su reclamo de beneficios por desempleo lo descansan otra vez y reactiva su reclamo existente, los plazos comenzaran de nuevo cuando reactive su reclamo existente,

Ayuda con la solicitud

Si puede acudir a la oficina local WorkSource, al centro local para empleos (si vive fuera de Washington), o en su escuela visite al consejero para reentrenamiento del trabajador. Encuentre la dirección oficina WorkSouce más cercana, vea en su Manual para Reclamos por Desempleo, en www.go2worksource.com, y seleccione "offices" para ver el mapa, o llame al **877-600-7701.**

Para ver el texto completo de las leyes (en inglés) de beneficios para capacitación, por Internet vea:
RCW 50.22 http://apps.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?Cite=50, y
WAC 192-200 http://apps.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=192-200

Cómo completar la solicitud para beneficios de capacitación

> Si necesita cambiar su plan de capacitación ya aprobado, no use esta solicitud. Use el formulario *Solicitud para Modificar el Plan de Capacitación*. Puede pedir el formulario en la oficina local WorkSource, o bájela del Internet en www.esd.wa.gov/formularios-beneficios.

Entregue su solicitud y los documentos de apoyo adjuntos en WorkSource (o en el centro local para empleos si vive fuera de Washington). Cuando complete el este formulario, por favor envíelo por correo electrónico a seacat@esd.wa.gov o por correo a:

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

NOTA: Por favor sujete su solicitud con un clip o una liga. Si tiene que engrapar su solicitud, por favor use las menos posible.

Verifique que incluyó con su solicitud todo lo siguiente:

- ☐ Documentación en apoyo a su discapacidad (si es que así corresponde)
- ☐ Las hojas que imprimió del sitio *Workforce Development Council* con información de su ocupación principal y la ocupación para la cual solicita capacitación
- ☐ Las hojas que imprimió del sitio *Career Bridge* mostrando que la escuela y el programa esa en la lista de *Eligible Training Provider* (ETP)
- ☐ Hojas de registro de su búsqueda de trabajo
- ☐ Inscripción en la escuela

Employment Security Department WASHINGTON STATE	**Solicitud de Beneficios para Capacitación**

Nombre:	ID:
Domicilio postal, ciudad, estado y zona postal:	
Número(s) de teléfono en casa/mensaje/celular:	Dirección electrónica (opcioanl):

Sección 1 – Información del trabajador

1. ¿Ha recibido beneficios para capacitación en los últimos 5 años? Sí ☐ No ☐
2. ¿Tiene baja **honorable** de las Fuerzas Armadas o de la Guardia Nacional? Sí ☐ No ☐
3. ¿Es usted miembro de la Guardia Nacional de Washington? Sí ☐ No ☐
4. ¿Tiene una discapacidad que le impida trabajar en su ocupacion principal? Contestó **sí** – Por favor explqiue e incluya documentos de apoyo: Sí ☐ No ☐

   _____

5. El trabajo que hize y gané la mayoría de mis sueldos, durante el pasado año y medio, es: _____
6. El código ocupacional estándar que mejor describe lo que hago es (vea www.bls.gov/soc/major_groups.htm): _____
7. El tipo de trabajo que hago (o el más parecido) está en **decline** de acuerdo con el Concilio para el Desarrollo de la Fuerza Laboral (http://esd.wa.gov/employmentdata/occupations). Sí ☐ No ☐
   Contestó **sí** – Imprima la hoja del Internet donde muestre el título del puesto de trabajo que mejor describa el tipo de trabajo esté o no en decline.
   Contestó **no** – Adjunte material para demostrar que no tiene esa habilidad para trabajar en el área que esté dispuesto a cambiarse o a viajar para trabajar.

   _____

   _____

8. ¿Hasta que grado completó de escuela? _____
9. ¿Tiene ya un título o certificado? Sí ☐ No ☐
   Contestó **sí** – Por favor incluya la siguiente información:

   Nombre de la escuela _____

   Nombre del programa de capacitación: _____

   Título o certificado obtenido: _____

   Cuándo obtuvo el título o certificado: _____
10. ¿Recibió el aviso WARN [Aviso por Ajuste de Trabajadores y Capacitación]? Sí ☐ No ☐

    ¿Contestó **sí**? Nombre del empleador: _____

    Fecha de envío del aviso WARN: _____

Nombre:	ID:

Sección 2 – Información del programa de capacitación

1. ¿Está la escuela o programa en la lista de Proveedores Aprobados para Capacitación [*Elegible Training Providers*] www.careerbridge.wa.gov (por favor imprima y adjunte la página del sitio en internet) Sí ☐ No ☐

2 Nombre del programa exactamente como se ve en la Lista de Proveedores Aprobados para Capacitación www.careerbridge.wa.gov (por favor imprima y adjunte la página del sitio en internet): _____

Nombre de la escuela _____

Ciudad/Estado donde el campus está ubicado _____

3. La capacitación **comenzará** (mes/día/año): _____ y **terminará** (mes/día/año): _____

4. ¿Considera la escuela mi programa de capacitación como de tiempo completo? Sí ☐ No ☐

5. Ésta capacitación lo encaminará a (marque todo lo que aplique):
☐ Certificado ☐ Título de 2 años ☐ Título de 2 años para transferencia
☐ Título de 4 años ti ☐ Nivel superior ☐ Otro: _____

6. Los trabajos que podré desempeñar cuando termine la capacitación son:
Título puesto de trabajo & Código SOC _____ Paga promedio $ _____
Título puesto de trabajo & Código SOC _____ Paga promedio $ _____

7. ¿Están los trabajos en #6 en **demanda** de acuerdo a la lista del Concilio para el Desarrollo de la Fuerza Laboral (http://esd.wa.gov/employmentdata/occupations) en las áreas donde vivo ahora o estoy dispuesto a cambiarme o viajar al atrabajo? Sí ☐ No ☐
Imprima la hoja del sitio y adjunte la hoja donde se vea en Internet.

Contestó **no** – Imprima y adjunte material mostrando que su capacitación lo conducirá a un trabajo de alta demanda

Si desea cambiarse o viajar para un trabajo en la ocupación en la que recibiría capacitación, puede también imprimir la hoja donde se muestre que esa ocupación esta en alta demanda o decline en las áreas geográficas que está dispuesto a mudarse o viajar al/del trabajo.

8. ¿Está su capacitación bajo algún programa o subsidio especial como WIA, Acta de Ajuste de Comercio, o Capacitación al Trabajador? Sí ☐ No ☐
Contestó **sí** – Por favor incluya la siguiente información:

Nombre del subsidio / programa de capacitación: _____

Nombre del consejero/asesor: _____

Oficina del consejero/asesor (ciudad): _____

No. de teléfono del consejero/asesor: _____

Si está entregando esta solicitud después del plazo que se explicó al principio de este paquete, por favor explique por qué esta tardío.

_____

Nombre:	ID:

Plan financiero
Tiene que demostrar que tiene un plan financiero para completar su capacitación, especialmente si se le van a terminar los beneficios regulares por desempleo y los de capacitación antes de terminar su capacitación. Díganos como planea pagar su capacitación, y sus otros gastos mientras esté en capaciatación:

_____

_____

Sección 3 – Historial de trabajo

Anote su historial de trabajo de los últimos (5) años, comenzando con su **último** empleo. En la descripción con cada empleador, incluya con detalle todas las habilidades, herramientas y equipo que usó. Si tuvo diferentes puestos de trabajo con el mismo empleador, por favor diganos el título del trabajo, sus deberes, y las fechas (aproximadas) de en cada posición. La información que proporcione aquí podría ser usada para actualizar o corregir su ocupacion en su reclamo por desempleo. **Por favor use letra de molde para contestar todas las preguntas.**

Último empleador	Título del puesto de trabajo:		
Domicilio postal (# y calle, o PO Box #)	Ciudad:	Eswtado:	Zona postal:
Fechas de trabajo con este empleador: From (mm/dd/yy) _____ To (mm/dd/yy) _____	Ubicación del trabajo:		
Descripción del trabajo (lo que hizo, usando que, para que):			
Razón por la que ya no está trabajando para ese empleador (marque uno): ☐ Renuncia voluntaria ☐ Huelga/cierre patronal ☐ Falta de trabajo ☐ Despido ☐ Aún estoy trabajando ☐ Permiso para ausencia	Cantidad que ganó con éste empleador: $_____ por hora/mes		
Empleador anterior:	Título del puesto de trabajo:		
Domicilio postal (# y calle, o PO Box #)	Ciudad:	Estado:	Zona postal:
Fechas de trabajo con este empleador: Desde (mm/dd/aa) _____ a (mm/dd/aa) _____	Ubicación del trabajo:		
Descripción del trabajo (lo que hizo, usando que, para que):			
Razón por la que ya no está trabajando para ese empleador (marque uno): ☐ Renuncia voluntaria ☐ Huelga/cierre patronal ☐ Falta de trabajo ☐ Despido ☐ Aún estoy trabajando ☐ Permiso para ausencia	Cantidad que ganó con éste empleador: $_____ por hora/mes		
Empleador anterior:	Job Title:		
Domicilio postal (# y calle, o PO Box #)	Ciudad:	Estado:	Zona postal:
Fechas de trabajo con este empleador: Desde (mm/dd/aa) _____ a (mm/dd/aa) _____	Ubicación del trabajo:		
Descripción del trabajo (lo que hizo, usando que, para que):			
Razón por la que ya no está trabajando para ese empleador (marque uno): ☐ Renuncia voluntaria ☐ Huelga/cierre patronal ☐ Falta de trabajo ☐ Despido ☐ Aún estoy trabajando ☐ Permiso para ausencia	Cantidad que ganó con éste empleador: $_____ por hora/mes		

Nombre:	ID:

Sección 4 – Cuestionario para determinar elegibilidad del estudiante

Si no lo aprobamos para el progrma para beneficios de capacitación o para los programas de capacitación aprobada por el comisionado (CAT), durante cada semana que reclame, tiene que poder trabajar, estar disponible para trabajar y buscar trabajo activamente. Tiene que estar disponible para trabajar en el horario, días y turnos que por lo regular se requiera en su tipo de ocupación. Si no está o restringe su disponibilidad para trabajar, le podemos negar los beneficios.

Para demostrar que buscó trabajo, tiene que adjuntar una copia de su Hoja de Registro para la Búsqueda de Trabajo que cubra todas las semanas que haya reclamado beneficios.

Tiene que reunir los siguientes requisitos por cada semana que registre un reclamo semanal o podría perder los beneficios de esa semana:

- Hacer por lo menos tres contactos con empleadores, **o**
- Participar en tres actividades en persona, que hayan sido aprobadas con anterioridad por centro de empleos local WorkSource (o de otro centro local de empleos si vive fuera del Estado de Washington), **o**
- Hacer una combinación de contactos con empleadores y actividades en persona que den un total de tres.

Actividades en persona para la búsqueda de trabajo en el centro de empleos local WorkSource o en otro centros local para empleos incluye talleres para crear su curriculum vitae / résumé o para encontrar trabajo, cómo mejorar entrevistas de trabajo y cómo usar el Internet para encontrar trabajo. La oficina local podría ofrecer otras actividades que califican como actividades en pesona para la búsqueda de trabajo.

Plan escolar

1. ¿Qué planes de búsqueda de trabajo y de empleo tiene si es que **no** se aprueba su solicitud para beneficios de capacitación o CAT?

   _____

   _____

2. ¿Está yendo actualmente a la escuela o está inscrito en capacitación? Sí ☐ No ☐
3. Número de créditos que está tomando o va a tomar? (Adjunte una copia de su inscripción actual.) _____
4. He gastado $ _____ en colegiatura, libros, cuotas, hospedaje y gastos.

Disponibilidad para trabajar

1. ¿Ha estado buscando y está buscando trabajo de tiempo completo durante las semanas que su solicitud para beneficios de capacitación estaba en proceso? Sí ☐ No ☐
   a. Contestó **no**, ¿cuándo dejó de buscar trabajo de tiempo completo? _____
   b. ¿Limita de alguna forma su búsqueda de trabajo? ¿Limita las horas que está disponible para trabajar, o solo está disponible hasta comenzar la capacitación o el tipo de trabajo que quiere hacer? Sí ☐ No ☐
2. Yo puedo trabajar en los siguientes turnos (marque todos los turnos que pueda): Sí ☐ No ☐

Nombre:	ID:

3. Puedo trabajar _____ horas por semana _____ días por semana

4. Paso o me voy a pasar un total de _____ horas al día en clase, preparación para la clase y estudiando.

5. Puedo tomar mis clases en otro horario y la escuela me dejaría cambiar a estas fechas del periodo escolar. Sí ☐ No ☐

6. Hasta que mi plan de capacitacion sea aprobado por la unidad Beneficios para Capacitación, si me ofrecen trabajo de tiempo completo estoy dispuesto a cambiar o dejar mis clases: Sí ☐ No ☐

   Contestó **no**, explique: _____

   _____

7. Si me ofrecen trabajo de tiempo completo y está en conflicto con mi capacitación y no puedo cambiar mi horario, voy a:

   _____

   _____

8. Estoy dispuesto a perder la colegiatura si la escuela no me reembolsa el dinero: Sí ☐ No ☐

9. En el pasado he trabajado de tiempo completo e ido a capacitación: Sí ☐ No ☐

   Contestó **sí**, explique como lo hizo: _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

Nombre:	ID:

Sección 5 - Certificación

Certificación del solicitante
Entiendo que la información que proporcioné en mi solicitud se puede verificar, y que debo reportar de inmediato cualquier cambio en mi plan de capacitación a la unidad Beneficions de Capacitación al 877-600-7701. Si me aprobaron para beneficios de capacitación, tengo entendido que si después cambio mi programa de capacitación, sin tener previa autorización del Departamento para la Seguridad del Empleo, **se me podrían negar mis beneficios y tendría que pagar cualquier beneficio que no tenía el derecho de recibir.**

Autorizo al consejero o asesor de la escuela que de al Departamento para la Seguridad del Empleo cualquier información acerca de mi inscripción, asistencia, grados y avance el en programa para capacitación.

Firma: _____ Fecha: _____

Esta sección la debera llenar solo la escuela
(This section is to be completed by the school only.)

Training provider certification
I have reviewed Section 2, **Training program information,** and certify the following is correct to the best of my knowledge:

- Training is full-time? Yes ☐ No ☐
- Are ESL or Basic education being taken? Yes ___ No ___
- Training start and end dates are correct as shown? Yes ☐ No ☐
- This facility will certify to applicant's satisfactory progress and enrollment in training? Yes ☐ No ☐

  If **No** to any of the above, please explain: _____

_____

_____

_____

Date applicant pre-registered or on waiting list to start training? Mo _____ Date _____ Yr _____

Signature: _____ Date: _____

Title/Position: _____ Phone no.: _____

If application received at WorkSource employment ceneter or local employment center:

Specialist name: _____ **Date received:** _____

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.