



## Cuestionario complementario del Centro Vocacional Información adicional y elegibilidad para el programa

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de ID de NY: \_\_\_\_\_

**Responda estas preguntas para ayudarnos a determinar si califica para otros programas y servicios del Sistema de la Fuerza Laboral.** Esta información es confidencial y solo se utilizará para determinar la elegibilidad adicional para el programa, los requisitos federales de información para los programas financiados por la Ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral, y los requisitos de acción afirmativa. Nos gustaría que complete este formulario para que podamos ayudarle mejor. Sin embargo, las respuestas son voluntarias.

**1. ¿Usted o algún miembro de su familia está recibiendo asistencia pública/ayuda por ingresos bajos?**

Sí  No

Marque todas las opciones que correspondan:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)                            | <input type="checkbox"/> Ayuda de vivienda                              |
| <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones para alimentos/Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria) | <input type="checkbox"/> SSI (Seguridad de Ingresos Suplementarios)     |
| <input type="checkbox"/> GA (Asistencia general estatal/local)   | <input type="checkbox"/> SSDI (Seguro Social por Incapac Seguro Social) |
| <input type="checkbox"/> RCA (Ayuda económica para refugiados)   | <input type="checkbox"/> Agotamiento de la TANF en un plazo de dos años |

Persona con ingresos bajos cuyos ingresos familiares totales no superan:

El nivel de pobreza

el 70 % del nivel más bajo de ingresos del estándar de vida

Otra \_\_\_\_\_

**2. ¿Es usted una persona discapacitada?**  Sí  No  Prefiere no contestar

¿Tiene un impedimento físico o mental que limite considerablemente una o más actividades esenciales de su vida diaria?

En caso afirmativo, tiene:

- Una afección médica física/crónica
- Impedimento físico/de movilidad
- Discapacidad mental o psiquiátrica
- Discapacidad relacionada con la vista
- Discapacidad relacionada con la audición
- Discapacidad en el aprendizaje
- Discapacidad cognitiva/intelectual

**3. ¿Es usted un trabajador agrícola inmigrante o de temporada?**  Sí  No

En caso afirmativo, marque una de las siguientes opciones:

- Trabajador agrícola de temporada:** alguien que está o estuvo empleado en los últimos 12 meses en un trabajo agrícola de temporada o de otra naturaleza temporal y que puede volver a su lugar de residencia permanente el mismo día. Esto no incluye a las personas no inmigrantes que son estudiantes de tiempo completo.
- Trabajador agrícola inmigrante:** un trabajador agrícola de temporada (véase más arriba) que viaja al lugar de trabajo y no puede volver a su lugar de residencia permanente el mismo día. Esto no incluye a los estudiantes de tiempo completo que viajan en grupos organizados en lugar de con sus familias.
- Procesador de alimentos inmigrante:** (véase trabajador agrícola inmigrante)

**4. ¿Es usted el cónyuge de un miembro de las fuerzas armadas de los EE. UU. en servicio activo o perdió su trabajo como consecuencia directa de una reubicación debido a un cambio**

**permanente del lugar  
de destino de su cónyuge?**  Sí  No

**5. ¿Es usted una ama de casa desplazada?**  Sí  No

¿Ha estado prestando servicios no pagados a miembros de la familia en el hogar y:

- Dependía de los ingresos de otro miembro de la familia, pero ya no se mantiene con dichos ingresos; o es cónyuge dependiente de un miembro del ejército en servicio activo cuyos ingresos familiares se reducen considerablemente debido a un despliegue, una llamada u convocatoria a servicio activo, el fallecimiento o la discapacidad del miembro, Y
- Está desempleado o subempleado y tiene problemas para buscar o mantener el empleo?

**6. ¿Es usted padre/madre soltero/a?**  Sí  No

¿Es usted una persona soltera, separada, divorciada o viuda que tiene la responsabilidad principal de uno o más hijos dependientes menores de 18 años (incluidas las mujeres embarazadas solteras)?

**7. ¿Es una persona sin hogar?**  Sí  No

¿Carece de una residencia permanente y adecuada durante la noche? Esto incluye:

- Compartir vivienda con otras personas debido a la pérdida de la vivienda, a una dificultad económica o a un motivo similar.
- Vivir en un motel, hotel, parque de remolques o campamento debido a la falta de otras opciones adecuadas.
- Vivir en un refugio de emergencia o temporal.
- Estar abandonado en un hospital.
- Esperar colocación en cuidado temporal.
- Tener una residencia principal durante la noche que es un lugar público o privado como un automóvil, un parque, un edificio abandonado, una estación de autobuses o trenes, un aeropuerto o un campamento.

**8. ¿Es usted un exconvicto?**  Sí  No

¿Estuvo sujeto a alguna etapa del proceso de justicia penal? ¿Necesita ayuda para superar obstáculos en la obtención de un empleo debido a antecedentes de detención o condena por delitos contra la persona o la propiedad, delitos por causa de estado u otros delitos?

**9. ¿Es usted un aprendiz del idioma inglés?**  Sí  No

¿Tiene capacidad limitada para hablar, leer, escribir o comprender el inglés? ¿Cumple una de las siguientes dos condiciones?

- ¿Su idioma materno es un idioma que no es el inglés?
- ¿Vive en una familia o comunidad en la que el idioma inglés no es el idioma principal?

**10. ¿Cree que tiene una barrera cultural?**  Sí  No

¿Tiene actitudes, creencias, costumbres o prácticas que pueden dificultarle encontrar trabajo?

**11. ¿Carece de habilidades básicas?**  Sí  No

¿Es incapaz de resolver problemas, leer, escribir o hablar inglés a un nivel necesario para desenvolverse en el trabajo, en su familia o en la sociedad?

**Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera y exacta según mi leal saber.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha