

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

TeleCenter/Adj. Center

BYE

Nombre completo

Número de Teléfono

Número de seguro social

*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**

**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. Nombre del programa de capacitación o énfasis de estudio: \_\_\_\_\_

3. Soy un Freshman \_\_\_\_\_ Sophomore \_\_\_\_\_ Junior \_\_\_\_\_ Senior \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

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

5. ¿Cuándo comenzó o cuando comenzará ése programa de capacitación? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuándo se registró para ése 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 \_\_\_\_\_

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

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

Nombre de la clase	Número de curso	Horas por semestre/trimestre	Horario de clase	Días de clase

Nombre completo

Número de Seguro Social

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 \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Beca \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Préstamo para estudiante \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Otra forma: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Regalo \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Préstamo personal \$ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Su propio dinero \$ \_\_\_\_\_

15. ¿Tendría que devolver dinero si dejara 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\_\_\_

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\_\_\_

Nombre completo

Número de seguro social

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 TeleCentro. 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 demos 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 TeleCentro 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 \_\_\_\_\_