Community Services Agency
Solicitud de Programa de Empleo y Formación

Gracias por su interés en el Programa de Empleo y Formación de CSA. Complete esta solicitud lo mejor que pueda y regrese a CSA para programar una cita de evaluación previa. Las solicitudes completadas y firmadas pueden enviarse por correo electrónico a workforce@csareno.org, enviarse por fax al (775) 786-5743, entregarse en persona en 1094 E 8th St, Reno, NV 89512 o enviarse por correo a Community Services Agency, PO Box 10167, Reno, NV 89510. Para obtener ayuda con la solicitud, comuníquese con nuestro equipo al (775) 786-6023

Información del Solicitante: Complete la siguiente información para la persona que busca asistencia

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer nombre *Inicial* *Apellido* *Sufijo*

Nombre Preferido: _____ **Pronombres Preferidos:** _____

Dirección de Casa: _____
Dirección de calle *Apartmento #* *Ciudad* *Estado* *Codigo Postal*

Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono Primario: _____ ☐ Móvil ☐ de Casa ☐ Trabajo ☐ Texto Solamente

Método de Comunicación Preferido: ☐ Teléfono ☐ Texto ☐ Correo Electrónico

Género	Estado Civil	Discapacidad	Veterano	Servicio Militar	Padre Adoptivo
☐ Femenina ☐ Masculino ☐ No binario ☐ Transgénero	☐ Unión Civil ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Viudo	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Raza	Origen Étnico
☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Hawaiano o de otras Islas del Pacífico ☐ Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska ☐ Multirracial ☐ Negro o Afroamericano ☐ Otro: _____	☐ Hispano, Latino o Español ☐ No Hispano, Latino o Español

Idioma Primario	Dominio del Inglés	Mayor Nivel de Educación Completado
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____	☐ Ninguno ☐ Mediano ☐ Escaso ☐ Competente	☐ Menos de Grado 8 ☐ Grado 9-12/Sin Diploma ☐ GED/HiSET o equivalente ☐ Diploma de escuela secundaria ☐ Algunos estudios postsecundarios ☐ Certificado o licencia ☐ Titulo asociado ☐ Licenciatura ☐ Título de posgrado

Situación Laboral Actual

☐ Tiempo Completo (30+ horas/semana)
☐ Tiempo Parcial (Menos que 30 horas/semana)
☐ Empleado por Temporada
☐ Trabajador Agrícola Temporal Migrante
☐ Desempleado - Estudiante
☐ Desempleado - En Formación Profesional
☐ Desempleado - Corta Duración (6 meses o menos)
☐ Desempleado - Larga Duración (más de 6 meses)
☐ Desempleado - No Busca Trabajo
☐ Desempleado - Discapacitado
☐ Jubilado

Nombre del Empleador Actual (si corresponde): _____

Principal Fuente de Ingresos		**Ingreso Mensual Total**
☐ Empleo	☐ Asistencia Temp. para Familias Necesitadas (TANF)	$_____
☐ Compensación por Desempleo	☐ Pensión o Fondo de Retiro	*Proporcione su mejor estimación.*
☐ Seguro Social - Jubilación	☐ Pagos de Manutención de Niños	
☐ Seguro Social - Incapacidad	☐ Subsidio de Acogida	
☐ Seguro Social - Sobreviviente	☐ Sin Fuentes de Ingreso	
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	☐ Otro: _____	

Tipo de Seguro Médico

☐ Ninguno	☐ Seguro Privado	☐ Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
☐ Medicaid	☐ Proporcionado por el Empleador	☐ Seguro Estatal de Salud para Adultos (SHIP)
☐ Medicare	☐ Cuidado de la Salud Indio/Tribal	☐ Otro: _____
☐ Compra Directa	☐ Seguro para Veteranos o Fuerzas Armadas	

Si corresponde, seleccione su proveedor de Medicaid:

☐ Anthem BCBS ☐ CareSource Health Plan of Nevada (HPN) Molina Health ☐ SilverSummit Healthplan

¿Cuántas personas viven en su hogar?	**¿Alguien en su hogar recibe alguno de los siguientes servicios?**		
Adultos: _____	☐ WIC	☐ Sección 8 de Vales	☐ Asistencia de Energía
Niños: _____	☐ SNAP/Cupones de Alimentos	☐ Vivienda Pública	☐ Seguridad de Ingreso Suplementario
	☐ TANF	☐ El Acogimiento	

Estado de Vivienda Actual		**Tipo de Residencia**	
☐ Dueño de Casa	☐ Refugio para indigentes	☐ Apartamento	☐ Motel/Hotel
☐ El Inquilino	☐ Vivienda de transición	☐ Casa de una Sola Familia	☐ Refugio para Indigentes
☐ Otra vivienda permanente	☐ Centro médico	☐ Condominio/Casa Adosada	☐ Calle/Coche/Campamento
☐ Sin hogar	☐ Encarcelado	☐ Dúplex/Triple/Cuádruple	☐ Otro: _____
☐ Viviendo con otros	☐ Otro: _____	☐ Casa Móvil/Remolque	

¿Cómo se enteró de nuestra agencia?

☐ Familia	☐ Amigo	☐ Organización de la Comunidad	☐ Head Start
☐ Otro Programa de CSA	☐ Evento Comunitario	☐ Póster/Folleto	☐ Medios de Comunicación Social
☐ Búsqueda de Internet	☐ Radio o Televisión	☐ Periódico o Anuncio Impreso	☐ Otro: _____

¿Qué servicios de empleo o formación estás buscando? _____

Declaración de Divulgación del Solicitante del Programa (Firma Requerida)

Por la presente declaro que la información contenida en esta solicitud de servicios del programa es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Ni yo ni nadie que me represente he hecho declaraciones falsas o engañosas. La aceptación de la solicitud no garantiza que los servicios se realizarán bajo ningún programa, y reconozco que los servicios dependen de muchas cosas, incluidas las solicitudes precisas, la disponibilidad de fondos y la determinación de que el solicitante califica para el programa.

Al firmar a continuación, libero, libero y exonero a la Agencia de Servicios Comunitarios, sus agentes y representantes y a cualquier persona que proporcione información o la examine de cualquier responsabilidad de toda naturaleza y tipo que surja del suministro e inspección de dichos documentos, registros, y otra información, y este comunicado obligará a mis representantes legales a usar la información que he proporcionado agregada con otros clientes y clientes de la Agencia de Servicios Comunitarios para todos y cada uno de los fines de informes y financiación.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:**:_____

Community Services Agency, sus agentes, socios y fuentes de financiación no discriminan por motivos de raza, color, sexo, edad, religión, origen nacional, discapacidad, estado civil, orientación sexual o identidad de género, ascendencia o cualquier otra consideración realizada ilegal por las leyes de discriminación aplicables.

Miembro Adicional del Hogar - Complete una página por cada miembro adicional de su hogar.

Los miembros adicionales del hogar incluyen aquellos que viven en el mismo hogar que usted y que están relacionados con usted por nacimiento, matrimonio o adopción, o personas no relacionadas que viven con usted con quienes comparte ingresos y gastos de manutención. Esto ayudará a CSA a determinar su elegibilidad para uno o más programas.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

First Name *M.I.* *Last Name* *Suffix*

Relación con el Solicitante

☐ Esposo/a ☐ Otro Significativo/a ☐ Padre/Madre ☐ Niño/a
☐ Hermano/a ☐ Otro Miembro de la Familia ☐ Otro Persona no Relacionada

Género	**Discapacidad**	**Niño en Acogida**	**Idioma Principal**	**Dominio del Inglés**
☐ Femenina	☐ Sí	☐ Sí	☐ Inglés	☐ Ninguno ☐ Mediano
☐ Masculino	☐ No	☐ No	☐ Español	☐ Escaso ☐ Competente
☐ No binario			☐ Otro: _____	
☐ Transgénero				

Raza

☐ Asiático ☐ Multirracial
☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano
☐ Hawaiano o de otras Islas del Pacífico ☐ Otro: _____
☐ Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska

Origen Étnico

☐ Hispano, Latino o Español
☐ No Hispano, Latino o Español

Mayor Nivel de Educación Completado

☐ Niño, no en la escuela ☐ GED/HiSET o equivalente ☐ Título asociado
☐ Estudiante actual de K-12 ☐ Diploma de escuela secundaria ☐ Licenciatura
☐ Grado 0-8/sin diploma ☐ Algunos estudios postsecundarios ☐ Título de posgrado
☐ Grado 9-12/sin diploma ☐ Certificado de habilidad/trabajo

Situación Laboral Actual

☐ Tiempo Completo (30+ horas/semana) ☐ Desempleado - En Formación Profesional
☐ Tiempo Parcial (Menos que 30 horas/semana) ☐ Desempleado - Corta Duración (6 meses o menos)
☐ Empleado por Temporada ☐ Desempleado - Larga Duración (más de 6 meses)
☐ Trabajador Agrícola Temporal Migrante ☐ Desempleado - No Busca Trabajo
☐ Desempleado – Niño ☐ Desempleado - Discapacitado
☐ Desempleado - Estudiante ☐ Jubilado

Principal Fuente de Ingresos

☐ Empleo ☐ Pensión o Fondo de Retiro
☐ Compensación por Desempleo ☐ Pagos de Manutención de Niños
☐ Seguro Social - Jubilación ☐ Subsidio de Acogida
☐ Seguro Social - Incapacidad ☐ Sin Fuentes de Ingreso
☐ Seguro Social - Sobreviviente ☐ Ninguno – Hijo Dependiente
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Otro: _____
☐ Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF)

Ingreso Mensual Total

$_____
Proporcione su mejor estimación.

Tipo de Seguro Médico

☐ Ninguno ☐ Seguro Privado ☐ Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
☐ Medicaid ☐ Proporcionado por el Empleador ☐ Seguro Estatal de Salud para Adultos (SHIP)
☐ Medicare ☐ Cuidado de la Salud Indio/Tribal ☐ Otro: _____
☐ Compra Directa ☐ Seguro para Veteranos o Fuerzas Armadas

Miembro Adicional del Hogar - Complete una página por cada miembro adicional de su hogar.

Los miembros adicionales del hogar incluyen aquellos que viven en el mismo hogar que usted y que están relacionados con usted por nacimiento, matrimonio o adopción, o personas no relacionadas que viven con usted con quienes comparte ingresos y gastos de manutención. Esto ayudará a CSA a determinar su elegibilidad para uno o más programas.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

First Name *M.I.* *Last Name* *Suffix*

Relación con el Solicitante

☐ Esposo/a ☐ Otro Significativo/a ☐ Padre/Madre ☐ Niño/a
☐ Hermano/a ☐ Otro Miembro de la Familia ☐ Otro Persona no Relacionada

Género	**Discapacidad**	**Niño en Acogida**	**Idioma Principal**	**Dominio del Inglés**
☐ Femenina	☐ Sí	☐ Sí	☐ Inglés	☐ Ninguno ☐ Mediano
☐ Masculino	☐ No	☐ No	☐ Español	☐ Escaso ☐ Competente
☐ No binario			☐ Otro: _____	
☐ Transgénero				

Raza

☐ Asiático ☐ Multirracial
☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano
☐ Hawaiano o de otras Islas del Pacífico ☐ Otro: _____
☐ Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska

Origen Étnico

☐ Hispano, Latino o Español
☐ No Hispano, Latino o Español

Mayor Nivel de Educación Completado

☐ Niño, no en la escuela ☐ GED/HiSET o equivalente ☐ Título asociado
☐ Estudiante actual de K-12 ☐ Diploma de escuela secundaria ☐ Licenciatura
☐ Grado 0-8/sin diploma ☐ Algunos estudios postsecundarios ☐ Título de posgrado
☐ Grado 9-12/sin diploma ☐ Certificado de habilidad/trabajo

Situación Laboral Actual

☐ Tiempo Completo (30+ horas/semana) ☐ Desempleado - En Formación Profesional
☐ Tiempo Parcial (Menos que 30 horas/semana) ☐ Desempleado - Corta Duración (6 meses o menos)
☐ Empleado por Temporada ☐ Desempleado - Larga Duración (más de 6 meses)
☐ Trabajador Agrícola Temporal Migrante ☐ Desempleado - No Busca Trabajo
☐ Desempleado – Niño ☐ Desempleado - Discapacitado
☐ Desempleado - Estudiante ☐ Jubilado

Principal Fuente de Ingresos

☐ Empleo ☐ Pensión o Fondo de Retiro
☐ Compensación por Desempleo ☐ Pagos de Manutención de Niños
☐ Seguro Social - Jubilación ☐ Subsidio de Acogida
☐ Seguro Social - Incapacidad ☐ Sin Fuentes de Ingreso
☐ Seguro Social - Sobreviviente ☐ Ninguno – Hijo Dependiente
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Otro: _____
☐ Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF)

Ingreso Mensual Total

$_____
Proporcione su mejor estimación.

Tipo de Seguro Médico

☐ Ninguno ☐ Seguro Privado ☐ Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
☐ Medicaid ☐ Proporcionado por el Empleador ☐ Seguro Estatal de Salud para Adultos (SHIP)
☐ Medicare ☐ Cuidado de la Salud Indio/Tribal ☐ Otro: _____
☐ Compra Directa ☐ Seguro para Veteranos o Fuerzas Armadas

Miembro Adicional del Hogar - Complete una página por cada miembro adicional de su hogar.

Los miembros adicionales del hogar incluyen aquellos que viven en el mismo hogar que usted y que están relacionados con usted por nacimiento, matrimonio o adopción, o personas no relacionadas que viven con usted con quienes comparte ingresos y gastos de manutención. Esto ayudará a CSA a determinar su elegibilidad para uno o más programas.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

First Name *M.I.* *Last Name* *Suffix*

Relación con el Solicitante

☐ Esposo/a ☐ Otro Significativo/a ☐ Padre/Madre ☐ Niño/a
☐ Hermano/a ☐ Otro Miembro de la Familia ☐ Otro Persona no Relacionada

Género	**Discapacidad**	**Niño en Acogida**	**Idioma Principal**	**Dominio del Inglés**
☐ Femenina	☐ Sí	☐ Sí	☐ Inglés	☐ Ninguno ☐ Mediano
☐ Masculino	☐ No	☐ No	☐ Español	☐ Escaso ☐ Competente
☐ No binario			☐ Otro: _____	
☐ Transgénero				

Raza

☐ Asiático ☐ Multirracial
☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano
☐ Hawaiano o de otras Islas del Pacífico ☐ Otro: _____
☐ Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska

Origen Étnico

☐ Hispano, Latino o Español
☐ No Hispano, Latino o Español

Mayor Nivel de Educación Completado

☐ Niño, no en la escuela ☐ GED/HiSET o equivalente ☐ Título asociado
☐ Estudiante actual de K-12 ☐ Diploma de escuela secundaria ☐ Licenciatura
☐ Grado 0-8/sin diploma ☐ Algunos estudios postsecundarios ☐ Título de posgrado
☐ Grado 9-12/sin diploma ☐ Certificado de habilidad/trabajo

Situación Laboral Actual

☐ Tiempo Completo (30+ horas/semana) ☐ Desempleado - En Formación Profesional
☐ Tiempo Parcial (Menos que 30 horas/semana) ☐ Desempleado - Corta Duración (6 meses o menos)
☐ Empleado por Temporada ☐ Desempleado - Larga Duración (más de 6 meses)
☐ Trabajador Agrícola Temporal Migrante ☐ Desempleado - No Busca Trabajo
☐ Desempleado – Niño ☐ Desempleado - Discapacitado
☐ Desempleado - Estudiante ☐ Jubilado

Principal Fuente de Ingresos

☐ Empleo ☐ Pensión o Fondo de Retiro
☐ Compensación por Desempleo ☐ Pagos de Manutención de Niños
☐ Seguro Social - Jubilación ☐ Subsidio de Acogida
☐ Seguro Social - Incapacidad ☐ Sin Fuentes de Ingreso
☐ Seguro Social - Sobreviviente ☐ Ninguno – Hijo Dependiente
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Otro: _____
☐ Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF)

Ingreso Mensual Total

$_____

Proporcione su mejor estimación.

Tipo de Seguro Médico

☐ Ninguno ☐ Seguro Privado ☐ Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
☐ Medicaid ☐ Proporcionado por el Empleador ☐ Seguro Estatal de Salud para Adultos (SHIP)
☐ Medicare ☐ Cuidado de la Salud Indio/Tribal ☐ Otro: _____
☐ Compra Directa ☐ Seguro para Veteranos o Fuerzas Armadas

Miembro Adicional del Hogar - Complete una página por cada miembro adicional de su hogar.

Los miembros adicionales del hogar incluyen aquellos que viven en el mismo hogar que usted y que están relacionados con usted por nacimiento, matrimonio o adopción, o personas no relacionadas que viven con usted con quienes comparte ingresos y gastos de manutención. Esto ayudará a CSA a determinar su elegibilidad para uno o más programas.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

First Name *M.I.* *Last Name* *Suffix*

Relación con el Solicitante

☐ Esposo/a ☐ Otro Significativo/a ☐ Padre/Madre ☐ Niño/a
☐ Hermano/a ☐ Otro Miembro de la Familia ☐ Otro Persona no Relacionada

Género	**Discapacidad**	**Niño en Acogida**	**Idioma Principal**	**Dominio del Inglés**
☐ Femenina	☐ Sí	☐ Sí	☐ Inglés	☐ Ninguno ☐ Mediano
☐ Masculino	☐ No	☐ No	☐ Español	☐ Escaso ☐ Competente
☐ No binario			☐ Otro: _____	
☐ Transgénero				

Raza

☐ Asiático ☐ Multirracial
☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano
☐ Hawaiano o de otras Islas del Pacífico ☐ Otro: _____
☐ Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska

Origen Étnico

☐ Hispano, Latino o Español
☐ No Hispano, Latino o Español

Mayor Nivel de Educación Completado

☐ Niño, no en la escuela ☐ GED/HiSET o equivalente ☐ Título asociado
☐ Estudiante actual de K-12 ☐ Diploma de escuela secundaria ☐ Licenciatura
☐ Grado 0-8/sin diploma ☐ Algunos estudios postsecundarios ☐ Título de posgrado
☐ Grado 9-12/sin diploma ☐ Certificado de habilidad/trabajo

Situación Laboral Actual

☐ Tiempo Completo (30+ horas/semana) ☐ Desempleado - En Formación Profesional
☐ Tiempo Parcial (Menos que 30 horas/semana) ☐ Desempleado - Corta Duración (6 meses o menos)
☐ Empleado por Temporada ☐ Desempleado - Larga Duración (más de 6 meses)
☐ Trabajador Agrícola Temporal Migrante ☐ Desempleado - No Busca Trabajo
☐ Desempleado – Niño ☐ Desempleado - Discapacitado
☐ Desempleado - Estudiante ☐ Jubilado

Principal Fuente de Ingresos

☐ Empleo ☐ Pensión o Fondo de Retiro
☐ Compensación por Desempleo ☐ Pagos de Manutención de Niños
☐ Seguro Social - Jubilación ☐ Subsidio de Acogida
☐ Seguro Social - Incapacidad ☐ Sin Fuentes de Ingreso
☐ Seguro Social - Sobreviviente ☐ Ninguno – Hijo Dependiente
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Otro: _____
☐ Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF)

Ingreso Mensual Total

$_____
Proporcione su mejor estimación.

Tipo de Seguro Médico

☐ Ninguno ☐ Seguro Privado ☐ Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
☐ Medicaid ☐ Proporcionado por el Empleador ☐ Seguro Estatal de Salud para Adultos (SHIP)
☐ Medicare ☐ Cuidado de la Salud Indio/Tribal ☐ Otro: _____
☐ Compra Directa ☐ Seguro para Veteranos o Fuerzas Armadas