



Workforce Program Application 2019-20

(Basic Food and Employment Training, Worker Retraining, ABAWD, WorkFirst, Opportunity Grant, Early Achievers)

For office use only: 50 54 56 57 59 80 81 82 83 84 85 86 87 88

- BASIC FOOD & EMPLOYMENT (BFET) WORKFIRST
 OPPORTUNITY GRANT OPP. GRANT FUTURE
 WORKER RETRAINING EARLY ACHIEVERS

Date Received: ____/____/____ eJas ID: _____

Intent: _____ Eligibility Date: ____/____/____

SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN CON FOTO

Instrucciones: Complete todas las secciones. Devuelva la solicitud al Career Center o a la Oficina de Workfirst. Formas incompletas pueden retrasar el proceso de selección.

Llame a 360-442-2330 o 360-442-2540 con preguntas.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre de estudiante _____ Número de identificación de estudiante _____-_____-_____

Dirección _____ Correo electrónico _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Condado _____

Teléfono casa (_____) _____-_____ Teléfono móvil (_____) _____-_____ ¿Texto OK? Sí No

Proveedor Celular _____ No. de Seguro Social* _____-_____-_____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Yo Soy: Ciudadano de los EE.UU. Sí No Residente Permanente Sí No Ciudadano del estado de Washington Sí No

Tiempo viviendo de manera en Washington _____ años _____ meses

*Se requiere proporcionar su número de Seguro Social para que podamos procesar su solicitud. Si Ud. tiene preguntas sobre el uso de su número de Seguro Social: Pónganse en contacto con el Director de Ayuda Financiera de LCC.

EDUCACIÓN

Yo tengo un: GED Diploma de Preparatoria Certificado: _____ N/A

Soy la primera persona en mi familia en asistir la universidad. Sí No Yo soy un estudiante de regreso estudiante nuevo a LCC

¿Eres un estudiante I-BEST? Sí No ABAWD (Adulto Físicamente Apto y Sin Dependientes) / No un estudiante

Por favor marque su área de estudio presente o futuro en LCC:

<input type="checkbox"/>	Accounting Technology (AAS)*
<input type="checkbox"/>	Adult Basic Ed/High School 21+/ESL
<input type="checkbox"/>	Advanced Manufacturing Technology (AAS)
<input type="checkbox"/>	Automotive Technology (AAS)/(COP)*
<input type="checkbox"/>	Business Management (AAS)*
<input type="checkbox"/>	Business Technology (BTEC)-Administrative Services Manager (AAS)*
<input type="checkbox"/>	Business Technology (BTEC) – Medical Office Administration*
<input type="checkbox"/>	Business Technology (BTEC) – Administrative Assistant (COP)
<input type="checkbox"/>	Business Technology (BTEC) –Medical Reception (COP)
<input type="checkbox"/>	CEO (Career Education Options)
<input type="checkbox"/>	Chemical Dependency Studies (AAS)

<input type="checkbox"/>	CNC (COP)
<input type="checkbox"/>	Commercial Driver’s License- CDL (COC)
<input type="checkbox"/>	Continuing Ed
<input type="checkbox"/>	Criminal Justice (AAS)
<input type="checkbox"/>	Diesel Technology (AAS)*
<input type="checkbox"/>	Early Childhood Ed (AAS/AAS-T)*
<input type="checkbox"/>	Early Childhood Ed (COP)*
<input type="checkbox"/>	Engineering Technician (COP)
<input type="checkbox"/>	Health Occupations Core (COC)
<input type="checkbox"/>	Information Technology Systems (AAS/AAS-T)
<input type="checkbox"/>	Licensed Practical Nurse (COP)
<input type="checkbox"/>	Machine Trades (AAS)*
<input type="checkbox"/>	Machinist (COP)*

<input type="checkbox"/>	Manufacturing Occupations (COP)*
<input type="checkbox"/>	Medical Assisting (AAS)/(COP)*
<input type="checkbox"/>	Multicraft Trades (COP)
<input type="checkbox"/>	Nursing Assistant Certified (CNA) (COC)
<input type="checkbox"/>	Production Technician (COP)
<input type="checkbox"/>	Registered Nurse (AAS/RN- DTA)*
<input type="checkbox"/>	Registered Nurse Prerequisites
<input type="checkbox"/>	Retail Management (COC)*
<input type="checkbox"/>	Teacher Education (BAS)†
<input type="checkbox"/>	Welding (AAS)/(COC)*
<input type="checkbox"/>	No aplica

* Eligible para Opportunity Grant
† Solamente Worker Retraining

INGRESOS Y ELEGIBILIDAD

He completado el FAFSA o WASFA para el año: 2019-20 2020-21

¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar? \$ _____

¿Cuántas personas viven con Ud.? _____

Tabla para Elegibilidad	
Personas del Hogar	Ingreso Mensual Bruto
1	\$2,082
2	\$2,818
3	\$3,555
4	\$4,292
5	\$5,028
6	\$5,765

PREGUNTAS DE ELEGIBILIDAD

¿Eres elegible para obtener Ayuda Financiera ? No, explique: <input type="checkbox"/> Falto un préstamo <input type="checkbox"/> Servicio Selectivo <input type="checkbox"/> Suspendido <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ha solicitado obtener Condiciones Especiales con la oficina Ayuda Financiera? (Si ha habido un cambio de 30% de su ingreso)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Estas recibiendo la beca de Early Achievers?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Califica para W.I.O.A.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Califica para el Trade Act?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ha recibido o está recibiendo corrientemente beneficios de desempleo? *¿En los últimos 48 meses? ¿En caso afirmativo, cuál estado? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> Esta pendiente
¿Ha agotado su beneficios de desempleo dentro de los últimos 4 años? Fecha agotado: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ud. es veterano? *¿En los últimos 48 meses? Fecha de retiro: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ud. es el ama de casa sin ayuda? (Pérdida de ingreso porque alguien en el hogar murió, separación de novios o divorcio? *¿En los últimos 48 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ud. trabajó por su propia cuenta anteriormente? (Su impresa o negocio propio cerró) *¿En los últimos 48 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ud. no tiene trabajo suficiente? (Trabaja en un trabajo temporal donde ud. es sobrecalificado) *¿En los últimos 48 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ud. es elegible para cupones de alimento? Por favor, Ver la tabla para elegibilidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ud. recibe TANF?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ud. tiene cuidado suficiente para los niños?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ud. necesitará ayuda con guardería infantil mientras asiste a clases?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ha aplicado para el Opportunity Grant en LCC en el pasado? En caso afirmativo, cuándo? ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé
¿Ha Recibido el Opportunity Grant de otro colegio? En caso afirmativo: Nombre de Escuela _____ Ciudad/Estado _____ Años _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sé

Plan de Empleo Individual: Nombre (Nombre/Apellido): _____

Programa de Estudio: _____

METAS ACADÉMICAS

Objetivo de Formación: Carrera Nueva Mejorar habilidades del trabajo actual Clases de ESL/ABE/GED

METAS DE CARRERA

¿Cuál tipo de carrera planeas empezar después de su formación? _____

¿Qué tan seguro te sientes acerca de su elección de carrera? _____% (100% es seguro; 0% es inseguro)

¿Qué tipo de lugares de trabajo contratan personas con esta ocupación? _____

FONDO DE EMPLEO

¿Estás trabajando? Sí No Empleador previo/actual _____

¿En caso sí, cuantas horas por semana? _____ Último día trabajado ____/____/____ Duración de empleo _____

¿Cuál es/era el título de su posición? _____

Haga una lista de empleos pasados: _____

Haga una lista de habilidades de sus trabajos que pueden pertenecer a su carrera deseada (ej. Servicio de atención al cliente, manejo de , etc.) _____

OBSTÁCULOS POTENCIALES

Marque cualquier obstáculo que afectaría su habilidad de lograr empleo en su carrera deseada:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas con Transporte/Licencia | <input type="checkbox"/> Falta de Educación | <input type="checkbox"/> Problemas Familiares o Personales |
| <input type="checkbox"/> Historia legal o criminal | <input type="checkbox"/> Cuidado de los Niños | <input type="checkbox"/> Tecnología |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades o Problemas de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Inglés Limitado | <input type="checkbox"/> Hueco del Empleo |
| | <input type="checkbox"/> Necesidades Financieras/Gastos diarios | <input type="checkbox"/> Substance Abuse |

Otros: _____

RECURSOS DE APOYO

¿Cómo pueden los programas de Workforce ayudarte con tus objetivos educacionales? Marque todo lo que aplique:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento de carrera | <input type="checkbox"/> Ayuda con Tecnología | <input type="checkbox"/> Ayuda con problemas de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda de trabajo | <input type="checkbox"/> Mentor/Entrenador | <input type="checkbox"/> Habilidades de estudio/tutoría |
| <input type="checkbox"/> Consultas en ayuda financiera | <input type="checkbox"/> Personal de apoyo | |

Otros: _____

Al firmar estoy de acuerdo en actualizar este plan anualmente o como mis metas de empleo cambien.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

**IEP
REVIEW**

Signature: _____ Date: ____/____/____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, _____ autorizo Lower Columbia College y su representantes a dar información con respecto a mi asistencia y rendimiento a un representante de WorkSource, Departamento de Seguridad de Empleo, Goodwill Work Opportunity Center, Lower Columbia CAP y/o a un representante autorizado de cualquier programa que financia mi matrícula, quien puede estar interesado en mi caso, si tal información se presente. Esta autorización incluye, pero no está limitada a evaluaciones, expedientes, matriculación, ayuda financiera, o cualquier información que puede afectar mi elegibilidad en el programa.

También le doy permiso a Lower Columbia College para obtener información de estas organizaciones que sea necesaria para los mismos propósitos. Esta autorización incluye, pero no está limitado a evaluaciones, expedientes, matriculación, ayuda financiera, elegibilidad de desempleo, y cualquier información que puede afectar mi elegibilidad o participación en el programa administrado por la agencia.

Yo le doy permiso a Lower Columbia College para usar mi información personal como mi nombre y/o dirección de correo electrónico estudiantil en Canvas con fines de asesoramiento. Yo reconozco que esta información pueda ser accesible a otros estudiantes en los Programas de Workforce. Con mi firma yo accedo a ser agregado a la página de Canvas de Programa de Workforce esperando el elegibilidad del programa.

Marque esta casilla si no quieres ser agregado en Canvas. Se puede cambiar su decisión.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD (DSHS por sus siglas en Inglés)

Yo, _____, autorizó a el estado de Washington y al Departamento de Servicios Sociales y de Salud y a Lower Columbia College de usar y compartir información confidencial con respecto a mi (exceptuando las limitaciones enlistadas abajo) cuando sea necesario para actividades de Empleo y Formación (E&T por sus siglas en Inglés) requeridas por el programa BFET y/o el programa WorkFirst. Este consentimiento es válido por un máximo de tres años a partir de la fecha firmada, a no ser que me de baja o cambie mi consentimiento por escrito.

Este consentimiento NO permite compartir información delicada acerca de mi salud mental, dependencia a sustancias químicas, VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, así como el diagnóstico y/o tratamiento de estos. Entiendo que debo llenar una forma de manera separada aprobando mi consentimiento si soy menor de 18 años de edad, si quiero limitar aún más la información compartida acerca de mí, si alguien me está representando en este asunto, o si quiero permitir el intercambio de información acerca de mi salud mental, dependencia a sustancias químicas, los resultados de pruebas de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, así como el diagnóstico y/o tratamiento de estas.

COMPROMISO DEL ESTUDIANTE (Por favor ponga sus INICIALES y FIRME a continuación)

Mis iniciales y firma abajo indican que si soy seleccionado y mientras estoy en el programa , entiendo y estoy de acuerdo:

_____ Cumpliré con los estándares de Progreso Académico Satisfactorio como están delineados por las regulaciones Federales de Ayuda Financiera.

_____ Inmediatamente me pondré en contacto con un miembro del personal si hay algún cambio en mis ingresos, programa de estudio, o cambios en mi inscripción.

_____ Soy responsable de reunirme con un miembro del programa como sea necesario por el programa específico y cumplir con todos los requisitos adicionales.

Firma: _____

Fecha: _____/_____/_____

