



2021 Programa de Empleo para Jóvenes del Condado Livingston

Oficina de Desarrollo Ocupacional del Condado de Livingston

TODO SOLICITANTE

- Deberá tener 14 años cumplidos al 7/6/21
- Participará 3 días sin pago en un proceso de preparación para el empleo

Evaluación Vocacional

- Aquellos de 14 -20 años que requieran ayuda adicional entrarán en un programa de orientación vocacional
- Incluye trabajo práctico y visitas de campo
- Los participantes recibirán \$12.50/hora para 2 semanas
- Lugar de trabajo: Mount Morris

Listos para Trabajar

- Los participantes que les evaluaron 'listos para trabajar' serán contratados en un sitio de trabajo
 - Los participantes recibirán \$12.50/hora para 5 semanas
- Participantes recurrentes pueden ser elegidos para oportunidades de liderazgo cuando coincidan con la semana de preparación. Devolver la aplicación hasta el 23 de Abril.*



¿Qué quiere decir elegible?

- Los solicitantes deben residir en el Condado de Livingston y tener entre 14 y 20 años Y
- Ingreso familiar dentro del rango de elegibilidad. Ver tabla.
- Solicitantes bajo custodia tutelar o en hogares que reciban asistencia en efectivo, Medicaid, HEAP, SSI, y SNAP son elegibles automáticamente



¿Cuándo hay que entregar la solicitud?

- 23 de abril: para recibir entrevistas prioritarias y una invitación por correo (los participantes en las entrevistas son bienvenidos, aunque los tiempos de espera variarán)



¿A dónde envío mi solicitud?

Livingston County Office of Workforce Development
6 Court Street, Room 105
Geneseo, NY 14454
O al número de Fax 585-243-7598



¿A quién puedo contactar si tengo más preguntas?

Kate Hilfiker al (585) 243-7047 o chilfiker@co.livingston.ny.us



¿Que sucede después?

- Los primeros solicitantes, recibirá una tarjeta confirmando que recibimos su solicitud.
- Las solicitudes recibidos antes del 23 de abril recibirán una carta sobre su entrevista.
- Las solicitudes recibidos después del 23 de abril, favor de consultar con nuestro sitio del web para las fechas de entrevistas de mayo.

Tamaño de familia	Ingreso Anual
1	\$25,760
2	\$34,840
3	\$43,920
4	\$53,000
5	\$62,080
6	\$71,160
7	\$80,240
8	\$89,320

La presentación de una solicitud no garantiza aceptación al programa.

**Livingston County Office of Workforce Development
Livingston Youth Employment Program (LYEP)**

Lista de Documentos que usted tendrá que presentar

**Si usted es menor de 18 años, unos de sus padres debe asistir a la entrevista
(evaluación de elegibilidad)**

Documentos de ingresos—Tendrá que marcar uno de estos y tener los documentos enlistados:

Solicitantes de 14 a 20 años quienes viven bajo custodia tutelar, o en familias recibiendo asistencia en efectivo o Medicaid, HEAP, SSE y SNAP están elegibles automáticamente.

O

Si usted no tiene ningún de estos documentos, vamos a necesitar prueba de TODOS los ingresos familiares de las ultimas 26 semanas (6 Meses). Pudiendo incluir:

- Empleo -El talón de pago mas reciente con el acumulado anual a la fecha (1 talón de pago)
- Copia de tarjeta de seguro social, carta de adjudicación o estado de cuenta del banco que muestre el depósito
- Estado de cuenta de la pensión por jubilación, cheque o estado de cuenta del banco
- Seguro de desempleo -Historia de pago o carta de determinación (imprimir)
- Copia de cheque de apoyo o pensión alimenticia infantil, una nota firmada del padre que paga que declara el total o una letra de la Unidad de Cobranza Legal
- Declaración de auto-empleo mostrando sus ingresos y gastos.

Y

Documentos de identificación —Mostrados abajo:

<p><u>Uno de los siguientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Certificado de Nacimiento <input type="radio"/> Licencia de conducir o permiso de Principiante <input type="radio"/> Se pueden usar Permiso de trabajo si no tiene los otros documentos  <p align="center">Or</p>  <p align="center">Or</p> 	<p><u>Uno de los siguientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Certificado de Nacimiento <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Asistencia Publica/ Estampillas de comida  <p align="center">O</p>  <p align="center">O</p> 	<p><u>Y tarjeta de Seguro Social firmado</u></p>  <p><u>Y una photo de ID -</u> Licencia de conducir , tarjets de Benefit, ID de escuela. <i>el ano actual debe estar en la tarjeta (ex 2013-14),</i> Aguacil ID, Safe Kids Card</p>  <p><u>Y servicio selectivo Necesario</u> para varons de 18 anos y mayor over 18 www.sss.gov</p>	<p><u>Y Licencia de Trabajo Original</u> (si es menor de 18) Y por favor anote si necesita un permiso para el verano</p>  <p><u>Y la Boleta de Calificaciones</u> mas reciente</p> 
---	---	---	---

SOLICITUD DE SERVICIOS TANF PARA JÓVENES

Los datos que solicitamos en este formulario son necesarios para determinar si puede recibir servicios del programa federal de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Todo solicitante menor de 21 años de edad puede usar este formulario como solicitud de servicios.

SECCIÓN UNO

A. Datos del solicitante

1. Nombre del Solicitante: _____

Domicilio: _____
(calle) (número de apartamento)

_____ (ciudad) (Estado) (código postal)

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
(mes, día, año)

Número de Teléfono: _____

SECCIÓN DOS: Ciudadanía estadounidense / Otra ciudadanía

A. ¿Es usted ciudadano(a) estadounidense?

- Sí.** Si respondió «Sí», **pase a** la sección tres.
 No. Si la respuesta es «No», conteste el apartado B.

B. Si usted (el joven solicitante) no es un ciudadano estadounidense, consulte la sección titulada «Lista de estados migratorios» en las páginas 5 y 6, e indique su estado migratorio. Escriba el número que corresponde a su estado migratorio y suministre los siguientes datos:

Seleccione el estado migratorio (del 1 al 15) según corresponda: _____

Formulario de inmigración: _____

Número de Tarjeta de Extranjero: _____

Fecha de admisión a Estados Unidos: _____

SECCIÓN TRES: Ingresos de los miembros de familia

A. ¿Recibe usted (el joven solicitante) actualmente beneficios de alguno de los programas indicados a continuación?

- Sí,** marque el / los programa(s) y **pase a** la Sección Cuatro

ASISTENCIA PARA FAMILIAS SAFETY NET	MEDICAID	SNAP	HEAP	SSI

- No,** conteste la parte B, en la página 2.

B. Si no recibe ninguno de los programas indicados arriba, infórmenos sobre los ingresos de los miembros de la familia.

Indique el ingreso bruto (ingreso antes de todas las deducciones, inclusive los impuestos) de cada miembro de familia que vive con usted. Los miembros de familia son: madre, padre, madrastra, padrastro, hermanos, hermanas (inclusive los hermanastros / hermanastras) menores de 18 años de edad (o 18 años de edad y que estén en la escuela secundaria) y los padres de estos hermanos / hermanas. Si usted tiene un niño propio, incluya al niño, los hermanos y hermanas y padres del niño. No incluya a los miembros de familia que no viven con usted. No incluya a los abuelos, los tíos y las tías. No incluya a sus padres o hermanos / hermanas. Si está casado(a) incluya a su cónyuge.

Indique todo tipo de ingreso bruto que recibe, tales como: salarios, beneficios de seguridad social, asistencia pública, sustento de menores, pensión alimenticia, etc., inclusive todo tipo de ingreso que los miembros de familia reciban regularmente. No tiene que incluir el ingreso trabajado (salario) que usted recibe o que reciben los miembros de familia menores de 18 años de edad (o de 18 años de edad y que asistan a la escuela secundaria); aunque sí tiene que indicar el ingreso no salarial.

	NOMBRE	FUENTE DE INGRESO: SALARIO, SEGURO SOCIAL, etc.	CANTIDAD	CADA CUANTO SE RECIBE (Marque uno)		
				Anualmente	Mensualmente	Semanalmente
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

SECCIÓN CUATRO: Aviso y firma del solicitante

Es posible que se le pida a la persona que firma esta solicitud, que compruebe parcial o totalmente los datos que usted suministra. Si decidimos hacerlo, le indicaremos cómo comprobar los datos suministrados.

Se pide el número de seguro social de toda persona que solicita o recibe los servicios de fondos federales TANF, según lo dispone la ley federal Sección 409(a)(4) de la Ley del Seguro Social, y el Reglamento 45 CFR 264.10. El número de seguro social se usa para hacer un emparejamiento de datos, con el fin de comprobar que usted recibe beneficios de otros programas (por ejemplo, del programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, SNAP), como también para verificar los datos suministrados en la solicitud, o verificar su estado migratorio.

Si usted no está de acuerdo con la decisión que tomemos sobre su solicitud de servicios TANF, puede solicitar que el supervisor de la persona que tomó la primera decisión, examine su solicitud de certificación.

Al firmar este documento, yo juro, so pena de perjurio, que los datos que he suministrado son verdaderos, según mi leal saber y entender, y estoy dispuesto(a) a cooperar con toda acción destinada a verificar esos datos.

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el solicitante: _____

Si el / la solicitante vive con los padres, el padre o el pariente adulto a cargo del cuidado, debe firmar esta solicitud para que se considere completa. El comisionado del departamento de servicios sociales, o el representante, debe firmar a favor de los niños en cuidado de crianza.



Livingston Youth Employment Program Programa de Empleo para Jóvenes del Condado Livingston

Nombre del cliente: _____

Grupo étnico/raza: Blanco(a) Negro(a) Hispano(a) o latino(a)

Indígena americano(a) o nativo(a) de Alaska Asiático(a) Nativo(a) de Hawái u otra isla de Pacífico Otro(a)

Nota: Las preguntas de grupo étnico y raza son voluntarias. La información es confidencial y solo se utilizará para llevar registros y para requisitos de acción afirmativa. No se lo penalizará si no desea responder.

- ¿Alguna vez ha sido arrestado? Sí No
Si aplica, por favor explicar en detalle: _____
- Hombres de 18 años o más: ¿Está escrito en el Servicio Selectivo del Ejército de los EEUU? Sí No Si no, registrarse en sss.gov

EDUCACIÓN: ¿Tiene un diploma de escuela secundaria o un GED/TASC? Sí No
Escuela Secundaria: _____ Grado _____ Cuenta con IEP 504 AIS Programa Vocacional _____

HABILIDADES Y INTERESES Describir sus habilidades que ha adquirido en su trabajo, en su casa, o en su tiempo libre.

- Describir servicios realizados como voluntario y/o en su comunidad: _____
- ¿Qué tipo de trabajo prefiere?

<input type="checkbox"/> Oficina	<input type="checkbox"/> Ventas	<input type="checkbox"/> Fabricación y Ensamble	<input type="checkbox"/> Programas de Recreativos
<input type="checkbox"/> Mantenimiento exterior	<input type="checkbox"/> Servicio de alimentación	<input type="checkbox"/> Guardería	<input type="checkbox"/> Centro para Adultos/Jóvenes Discapacitados
<input type="checkbox"/> Mantenimiento interior	<input type="checkbox"/> Asilos	<input type="checkbox"/> Hotelería	<input type="checkbox"/> Otro _____

FAMILIAR Enumere todos los miembros de la familia que viven con el cliente. Si el cliente está bajo **cuidado de crianza**, marque **Si** y omita esta sección.

2. Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____ Ganancias: \$ _____

3. Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____ Ganancias: \$ _____

4. Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____ Ganancias: \$ _____

5. Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____ Ganancias: \$ _____

6. Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____ Ganancias: \$ _____

7. Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____ Ganancias: \$ _____

* Si es necesario, se pueden incluir miembros adicionales de la familia en otra página.

TRANSPORTACION: ¿Cómo llegaría a su trabajo o cita? Bicicleta Padres Automóviles Propio Transporte Público Caminar

¿Tiene licencia de conducir? Sí No Si no, ¿tiene un permiso de aprendiz? Sí No

HISTORIAL DE EMPLEO: (Vea Currículo Adjunto)

Cargo _____ Empleado _____

Dirección _____ Sueldo \$ _____

Ciudad _____ Estado _____ País, si no EEUU _____

Fecha de Inicio ___/___/___ Fecha final ___/___/___ Motivo de salida _____

Tareas laborales _____



**LIVINGSTON COUNTY
OFFICE OF WORKFORCE DEVELOPMENT**

**Livingston County Government Center
6 Court Street, Room 105
Geneseo, NY 14454-1043
Phone: (585) 243-7047 Fax: (585) 243-7598**

**Programa de Empleo Juvenil de Verano o el Programa Permanente de Servicios Juvenil
Formato para la Divulgación de información**

Yo/Nosotros autorizamos la divulgación de información de o hacia La Oficina de Desarrollo Ocupacional con las agencias enumerados abajo para determinar elegibilidad y para proveer el manejo de cada caso en forma completa y apropiada. Yo/Nosotros entendemos que este divulgación se actualizara anualmente y puede ser revocada en cual quiere momento mediante mi notificación por escrito También, yo/nosotros entendemos que yo/nosotros podemos descartar de la lista abajo cualquier agencia con la que no deseamos compartir información.

Nombre del Joven (Letra Molde)

Firma del Joven

Fecha

Firma del Padre o Tutor (si el joven es menor de 18 años)

Fecha

AGENCIAS

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Youth's School District• Livingston County Mental Health/SPOA• Livingston County Probation• Livingston County Youth Advocacy• NYS Department of Labor• NYS CareerZone• Livingston County Dept of Social Services• Livingston County Dept of Health• Council on Alcohol & Substance Abuse Liv. Co.• Literacy Volunteers of Livingston County | <ul style="list-style-type: none">• Genesee Valley Educational Partnership• Mobile Mental Health Team• Livingston County Sheriff's Office & Jail• Livingston County Youth Bureau• Catholic Charities of Livingston County• Youth's Worksite Supervisor• NYS One Stop Operating System Database• Noyes Mental Health• ACCES VR• _____ |
|--|---|

La Divulgación de Fotografías

Doy permiso para que mi fotografía sea tomada durante el curso de Experiencia Laboral, Trabajos de Campos, Talleres, o en otras actividades auspiciadas por La Oficina de Desarrollo Ocupacional del Condado Livingston como parte del Programa de Empleo Juvenil de Verano o el Programa Permanente de Empleo Juvenil. Estas fotografías pueden publicarse en periódicos, posters, o usados en reportes y publicaciones del departamento o del Consejo de inversiones de GLOW

Firma del Joven

Fecha

Firma del Padre o Tutor (si el joven es menor de 18 años)

Fecha

La Oficina de Desarrollo Ocupacional del Condado Livingston
La Divulgación de Información de Salud y Contactos de Emergencias

NOMBRE: _____

El participante enunciado:

NO está cubierto con un seguro por gastos médicos .

Esta cubierto por MEDICAID. # _____

Esta cubierto por la compañía de seguros _____

Póliza #: _____

Información de Salud

Seleccióna todos los cuadros que pertenecen a Usted.

¿Está actualmente bajo cuidado de un medico u otro profesional del salud?

¿Está actualmente tomando medicamentos recetados? ¿Cuáles?

¿Se le ha recomendado cualquier cirugía o tratamiento médico?

¿Ha sido hospitalizado por razones de salud medica o mental en los últimos dos años?

¿Ha recibido tratamiento por el uso de drogas o alcohol en los últimos dos años?

¿Tiene algún discapacidad física, mental, o de aprendizaje?

¿Requiere algún dispositivo medico u ortopédico?

¿Tiene alergias a algún fármaco, medicina o alimento?

¿Ha tenido reacciones alérgicas a picaduras de insectos, o exposición a plantas?

¿MUJERES: Esta embarazada? En caso afirmativo, favor de anotar la fecha de parto.

¿Es capaz de levantar 40 libras?

¿Ha recibido una vacuna contra el tétanos en los últimos 10 años?

<input type="checkbox"/> Anemia o de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sordera o dificultad para escuchar
<input type="checkbox"/> Ceguera o debilidad de la vista	<input type="checkbox"/> Epilepsia, ataques, o convulsiones
<input type="checkbox"/> Serios problemas dentales	<input type="checkbox"/> Problemas renales o de micción
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Problemas de lenguaje (e.g. tartamudeo)
<input type="checkbox"/> Depresión o Ansiedad	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Trastornos Mentales	<input type="checkbox"/> Problemas Digestivos
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otros problemas de salud

NOMBRE: _____

Autorizo que mi hijo/a sea tratado/a por enfermedad o lesión sufrida durante su participación en el Programa de Empleo Juvenil de Verano o el Programa Permanente de Empleo Juvenil con La Oficina de Desarrollo Ocupacional del Condado Livingston. También, autorizo que mi hijo/a sea transportado/a por un consejero, supervisor del sitio de trabajo, personal de la Oficina de Desarrollo Ocupacional o ambulancia en caso de emergencia.

En caso de enfermedad o emergencia, favor de contactar:

Nombre de Madre/Tutora

Nombre de Padre/Tutor

Teléfono Casa

Teléfono Casa

Teléfono del Trabajo

Teléfono del Trabajo

Teléfono Celular

Teléfono Celular

Si los padres/tutores no están disponibles, favor de contactar:

Nombre y Relación

Nombre y Relación

Teléfono Casa

Teléfono Casa

Teléfono del Trabajo

Teléfono del Trabajo

Teléfono Celular

Teléfono Celular

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Firma del Solicitante _____ Fecha _____