



Modificación del plan de beneficios para capacitación

Si ya está aprobado para Beneficios para Capacitación, puede recibir aprobación para una modificación significativa de su plan de capacitación existente solamente una vez. Podemos aprobar modificaciones adicionales únicamente en circunstancias inusuales. Una modificación significativa incluye, pero no se limita a, cambios de su:

- Curso de estudios o área principal de estudios,
- Institución educativa,
- Fecha proyectada de comienzo o finalización de la capacitación o
- Horas crédito en las que está inscrito.

Debe completar una **Solicitud de Modificación del Plan de Capacitación** antes de modificar su plan de capacitación existente. Para que se apruebe su solicitud, debe cumplir todos los criterios de elegibilidad que utilizamos para aprobar su plan original. Además, debe:

- Estar inscrito en y asistir a su programa de capacitación aprobado e
- Incluir con esta solicitud una copia de su expediente académico no oficial e
- Incluir con esta solicitud una copia de su inscripción escolar actual y
- Avanzar satisfactoriamente en su programa de capacitación, lo que significa que:
 - ▮ Su promedio de calificaciones no cae debajo de 2.0 por dos términos consecutivos;
 - ▮ Mantiene un promedio de calificaciones suficiente para graduarse o recibir certificación en su área de estudios aprobada y
 - ▮ Está completando suficientes horas crédito para terminar su curso de estudios aprobado dentro del período establecido en su plan de capacitación aprobado.

Si modifica su plan de capacitación sin aprobación previa y luego no aprobamos el cambio, ya no será elegible para los Beneficios para Capacitación. Además, tendrá que devolvernos los beneficios que ya le hayamos pagado en ese plan de capacitación modificado.

La Solicitud de Modificación del Plan de Capacitación adjunta contiene cuatro secciones. Aprobaremos o denegaremos su plan de capacitación modificado con base en sus respuestas. Lea atentamente la siguiente información para entender lo que se requiere para que procesemos su solicitud.

Sección 1 – Información del plan de capacitación actual:

Su solicitud debe cumplir con los mismos criterios que utilizamos para aprobar su plan de Beneficios para Capacitación original.

Revisaremos la información sobre el mercado laboral actual para determinar si todavía es elegible. Es importante que responda todas las preguntas de esta sección de manera completa y precisa. Si tiene dudas acerca de cualquier información solicitada, comuníquese con su asesor escolar, consejero de empleo o la Unidad de Beneficios para Capacitación al 877-600-7701.

Sección 2 – Información de la solicitud de modificación:

Si su plan de capacitación modificado implica cambiar de escuela o de programa, la nueva escuela o programa deben estar en la lista de Proveedores de Capacitación Elegibles en careerbridge.wa.gov/Search_Program.aspx o en la lista de Proveedores de Capacitación Elegibles aprobada de la Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral (Workforce Innovation and Opportunity Act, WIOA) en careeronestop.org/LocalHelp/EmploymentAndTraining/find-WIOA-training-programs.aspx (si su capacitación se encuentra en otro estado).



Denegaremos su solicitud de modificar su plan de capacitación si la escuela o el programa no está en la lista de Proveedores de Capacitación Elegibles.

Si cambia de programa, debe ser para una ocupación de alta demanda en su área local del mercado laboral o en las áreas a las que está dispuesto a mudarse. El *Workforce Development Council* esd.wa.gov/labormarketinfo/learn-about-an-occupation decide qué ocupaciones están en alta demanda. Denegaremos su solicitud de modificación si solicita un nuevo programa de capacitación que no es para una ocupación de alta demanda.

Si su solicitud implica extender su plan de capacitación, necesita demostrar que tiene suficiente dinero para completar su capacitación, especialmente si sus beneficios por desempleo se agotarán antes de que termine la capacitación. Denegaremos su plan de capacitación modificada si no desarrolla un plan financiero y proporciona información específica sobre el plan.

Si solicita extender la fecha en que termina su programa de capacitación y aprobamos su solicitud, NO necesariamente obtendrá más beneficios. Los Beneficios para Capacitación son pagaderos únicamente mientras está inscrito en un programa de capacitación aprobado o hasta que se agoten los beneficios, lo que ocurra primero. Los Beneficios para Capacitación pagan 52 veces la cantidad de su beneficio semanal, menos los beneficios por desempleo regulares que le hayan pagado.

Sección 3 – Documentación solicitada

Para que se apruebe su solicitud de modificación de su plan de capacitación, necesita proporcionar los documentos indicados en esta sección. Si necesita ayuda para obtener alguno de estos documentos, acuda a su centro local WorkSource o su consejero escolar. En WorkSource puede utilizar gratis una de las computadoras. Para encontrar el centro local más cerca de usted, visite WorkSourceWA.com.

Es posible que aprobemos capacitación de tiempo parcial si es un trabajador desplazado o tiene una discapacidad que le impide asistir a la escuela de tiempo completo. Si asiste a la escuela de tiempo parcial debido a una discapacidad, se le exigirá que presente documentos médicos para verificar la discapacidad.

Sección 4 – Certificación del solicitante y de la escuela:

Para que se apruebe su solicitud de modificación de su plan de capacitación, usted debe firmar y anotar la fecha y también de tener la de un representante autorizado del lugar de capacitación en el que está inscrito o piensa inscribirse.

Registre su Solicitud de Modificación del Plan de Capacitación

Puede hacerlo de dos formas:

- Por Fax: 800-301-1796. Puede enviarla gratis por fax desde cualquier centro de trabajo WorkSource (encuentre el más cercano en WorkSourceWA.com);
○
- Por correo: Employment Security Department
Training Benefits Unit
PO Box 9046
Olympia, WA 98507-9046



Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Domicilio postal, que incluye la ciudad, el estado y el código postal: _____

Domicilio físico (si es distinto al domicilio postal): _____

Número de teléfono principal durante el día: _____

Dirección electrónica (opcional): _____

Complete este formulario únicamente si ya tiene aprobación para los Beneficios para Capacitación y solicita modificar ese plan de capacitación existente.

Debe responder todas las preguntas. Nos comunicaremos con usted si su solicitud no está completa, lo que podría retrasar nuestra decisión y causar la denegación de su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted deberá devolvernos los beneficios a los que no tenía derecho. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, comuníquese con la Unidad de Beneficios para Capacitación al 877-600-7701, con su centro local de trabajo WorkSource o con el representante para capacitación de trabajadores en su escuela.

Sección 1 – Información del plan de capacitación vigente

1. Proporcione la siguiente información sobre su programa de capacitación actualmente aprobado: Nombre de la escuela: _____
Nombre del programa de capacitación: _____
Fecha de inicio del programa: _____
Fecha de finalización del programa: _____

2. ¿Completó el programa y obtuvo un certificado o título? Sí No
¿Contestó sí? En qué fecha completó el programa (mm/dd/aa): _____
Tipo de certificado o título que obtuvo: _____

3. ¿Todavía asiste a su programa de capacitación previamente aprobado? Sí No
¿Contestó no? De última fecha en que asistió al programa (mm/dd/aa): _____
¿Por qué ya no asiste?

4. ¿Ha solicitado modificar su programa de capacitación en el pasado? Sí No
¿Contestó sí? ¿Por qué es necesario volver a modificarlo?



Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Sección 2 – Información de la solicitud de modificación

1. ¿Qué cambios solicita en su plan de capacitación? (Marque todas las respuestas que correspondan)

	Plan vigente y aprobado	Modificación solicitada
Fecha de inicio (mm/dd/aa)	_____	_____
Fecha de finalización (mm/dd/aa)	_____	_____
Programa de capacitación	_____	_____
Nombre del centro de capacitación	_____	_____
Dirección	_____	_____
Ciudad:	_____	_____
Estado:	_____	_____
Código postal	_____	_____
Otros cambios en la capacitación rendirán como resultado:	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Certificado
	<input type="checkbox"/> Título de 2 años	<input type="checkbox"/> Título de 2 años
	<input type="checkbox"/> Transferencia de 2 años	<input type="checkbox"/> Transferencia de 2 años
	<input type="checkbox"/> Título de 4 años	<input type="checkbox"/> Título de 4 años
	<input type="checkbox"/> Título de más de 4 años	<input type="checkbox"/> Título de más de 4 años
	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Considera la escuela que esta capacitación es de tiempo completo? Sí No
Si no, ¿cuántos créditos son para la capacitación? _____

Trabajos para los que estará capacitado cuando termine la capacitación:

Título del trabajo y código SOC: _____ Título del trabajo y código SOC: _____

Título del trabajo y código SOC: _____ Título del trabajo y código SOC: _____

(utilice ONet Autocoder - onetsocautocoder.com/plus/onetmatch)

3. En el lugar donde vive, ¿tienen demanda los trabajos que indicó arriba, de acuerdo con la lista del *Workforce Development Council* en esd.wa.gov/labormarketinfo/learn-about-an-occupation
¿Vive fuera del estado de Washington? Sí No

- a. Adjunte una copia de la(s) página(s) web que indica(n) si la nueva ocupación está en demanda o en descenso en el condado donde vive.

4. Explique en detalle por qué necesita esta modificación.



Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

5. A muchas personas se les agotan los beneficios por desempleo y los Beneficios para Capacitación antes de que terminen su programa de capacitación. Si la solicitud de modificación extiende su programa de capacitación actualmente aprobado, ¿dónde obtendrá el dinero para pagar todo lo siguiente?:

a. Capacitación

b. Gastos diarios para vivir

6. ¿Está inscrito en capacitación bajo el Programa de la Ley de Comercio Exterior (Trade Act Program)?

Sí No

Sección 3 – Derechos y certificación

Sus derechos

Tiene el derecho a una entrevista por teléfono o en persona antes de que tomemos una decisión sobre su elegibilidad para modificar su programa de capacitación. Si desea una entrevista, marque la casilla de abajo o comuníquese con la Unidad de Beneficios para Capacitación al 1-877-600-7701. Durante la entrevista puede tener ayuda de cualquier persona, incluido un abogado. Puede presentar medios de prueba, documentos o testigos, hacer preguntas a los testigos o a las partes presentes y con anticipación solicitar copias de todos nuestros archivos o documentos relacionados con su asunto.

Certificación del solicitante

He leído y entiendo mis derechos. Presento esta solicitud para modificar mi programa de capacitación vigente. Entiendo que esto puede afectar mi elegibilidad para los Beneficios para Capacitación, la Capacitación Aprobada por el Comisionado o los beneficios por desempleo regulares. La información que he proporcionado es verdadera a mi mejor saber y entender.

Entiendo que los datos que incluyo en mi solicitud pueden verificarse y que debo reportar de inmediato cualquier modificación a mi plan de capacitación, a la Unidad de Beneficios para Capacitación al 1-877-600-7701. Si ya tengo aprobación de los beneficios para capacitación, entiendo que si después modifico mi plan de capacitación sin aprobación previa del Departamento para la Seguridad del Empleo, es posible que me denieguen los beneficios y que tenga que devolver cualquier beneficio a los que no tenía derecho.

Autorizo al consejero o asesor de mi escuela a darle al Departamento para la Seguridad del Empleo información sobre mi inscripción, asistencia, calificaciones y avance en el programa de capacitación.

Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____



Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Antes de presentar su solicitud de modificación, asegúrese de incluir lo siguiente:

- Páginas impresas de esd.wa.gov/labormarketinfo/learn-about-an-occupation que indican si su ocupación principal y la ocupación para la que recibe capacitación están en demanda o en descenso. Si se encuentra fuera del estado, adjunte una página impresa de careeronestop.org/JobSearch/Plan/whats-in-demand.aspx.
- Páginas impresas de careerbridge.wa.gov/Search_Program.aspx que indiquen que su escuela y programa en Washington están en la lista de Proveedores de Capacitación Elegibles. Si se encuentra fuera del estado, adjunte una página impresa correspondiente a su escuela y programa de careeronestop.org/LocalHelp/EmploymentAndTraining/find-WIOA-training-programs.aspx.
- Documento de inscripción vigente de la escuela.
- Expedientes académicos no oficiales.
- Documentos médicos que comprueban que tiene una discapacidad, enfermedad o lesión.

Sección 4 – Lleve este paquete de solicitud ya llena a su consejero o representante de la escuela para que complete la siguiente sección:

1. Is the applicant's training full time? Yes No
2. Progress reports will be issued to the student every six weeks while in training. Will you certify the applicant's satisfactory progress and enrollment status? Yes No
3. Is the applicant taking English as a Second Language or English Language Learner courses? Yes No
4. Is the applicant taking basic education classes? Yes No
5. What date did the applicant enroll or get on a waiting list to start training? (mm/dd/yy)
_____ / _____ / _____
6. What date is the applicant's first day of training? (mm/dd/yy)
_____ / _____ / _____
7. What date will the applicant complete their program? (mm/dd/yy)
_____ / _____ / _____
8. Do you agree with the applicant's reason why the modification to his or her training plan is necessary, as stated in Section 2, Question #5? Yes No
If no, please explain:



Name: _____ Social Security number: _____

I have reviewed Section 2 (Training program information) and certify the information I provided is true to the best of my knowledge.

School advisor or representative – please print your name and title

Name: _____ Title/Position: _____

Phone: _____ Email: _____

Signature: _____ Date: _____

WorkSource staff (optional)

If the application is received at a WorkSource office or other American Job Center, please fill out the information below and forward the application to the Training Benefits Unit.

Print Name: _____ Date received: _____

Signature: _____ Email: _____

Registre su Solicitud de Modificación del Plan de Capacitación:

Hay dos formas:

- Por Fax: 800-301-1796.
Puede enviarla gratis por fax desde cualquier centro de trabajo WorkSource (encuentre el centro más cercano en WorkSourceWA.com);

- Por correo:
Employment Security Department
Training Benefits Unit
PO Box 9046
Olympia, WA 98507-9046