



## El programa de Beneficios para Capacitación

Si se aprueba su solicitud, este programa:

- Le ayudará a prepararse para una ocupación con alta demanda si no puede obtener un empleo con sus habilidades actuales.
- Pagará otras semanas más de beneficios. (Los Beneficios para Capacitación pagan 52 veces la cantidad de su beneficio semanal, menos los beneficios por desempleo regulares que le hayan pagado.) Usted debe pagar sus libros, colegiatura y cuotas relacionadas con la escuela.
- Le eximirá de los requisitos de búsqueda de trabajo.

### Modificación de un plan de capacitación aprobado

Si necesita modificar su plan de capacitación aprobado, no utilice esta solicitud. Utilice la solicitud de modificación del plan de capacitación, disponible en su oficina local de WorkSource o en nuestro sitio web en [esd.wa.gov/espanol/training-programs](http://esd.wa.gov/espanol/training-programs)

## Elegibilidad

Debe ser elegible para beneficios por desempleo o haber agotado sus beneficios. Utilizaremos su solicitud para decidir si sus habilidades actuales de trabajo indican que necesita más capacitación. También nos aseguraremos de que cumpla por lo menos uno de los siguientes requisitos:

- Se considera que la demanda de su ocupación está bajando en el área de su mercado laboral local.
- Es actualmente miembro de la Guardia Nacional del estado de Washington.
- Fue dado de baja con honores de las Fuerzas Armadas o de la Guardia Nacional del estado de Washington en los últimos 12 meses.
- Está discapacitado y no puede volver a trabajar en su ocupación principal.
- Es actualmente un trabajador de bajos ingresos.
- Es un trabajador desplazado, lo que significa que su separación del trabajo fue por:
  - No haber trabajo para usted, su empleador redujo permanentemente sus operaciones, o
  - Su ocupación está considerada en decline en el área de su mercado laboral local, o por
  - Restricciones de permisos y arrendamiento relacionadas con la reducción del escape de peces no nativos.

## Plazos de la solicitud

- Si es un trabajador desplazado, debe solicitar e inscribirse en un programa de capacitación antes del fin de su año de beneficios (el período de 52 semanas en el que puede recibir beneficios por desempleo).
- Si no es un trabajador desplazado, debe presentar su solicitud antes de que pasen 90 días después de solicitar los beneficios por desempleo y debe inscribirse antes de que pasen 120 días. Si determinamos que no hay capacitación disponible para comenzar antes de que pasen los 120 días, deberá comenzar tan pronto como esté disponible.

Le denegaremos los beneficios para capacitación si no cumple esos plazos, a menos que muestre una justificación adecuada. Siempre denegaremos sus beneficios para capacitación si es un trabajador desplazado y solicita beneficios para capacitación después de que termine su año de beneficios.



## Requisitos para la capacitación

Su capacitación aprobada debe:

- Prepararlo para una ocupación que se considera de alta demanda en el área de su mercado laboral local o en un área a la que está dispuesto a reubicarse.
- Ser un programa y una escuela que se encuentran en la lista de Proveedores de Capacitación Elegibles en [careerbridge.wa.gov](http://careerbridge.wa.gov) bajo "Find Education" [Encontrar educación] o en la lista de Proveedores de Capacitación Elegibles de la Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral [Workforce Innovation and Opportunity Act]. ([careeronestop.org/LocalHelp/EmploymentAndTraining/find-WIOA-training-programs.aspx](http://careeronestop.org/LocalHelp/EmploymentAndTraining/find-WIOA-training-programs.aspx))
- Ser de tiempo completo. Sin embargo, si es un trabajador desplazado o tiene una discapacidad, es posible que califique para la capacitación de tiempo parcial. La definición de trabajador desplazado está prevista por RCW 50.04.075(2).
- Enfocarse en una vocación. Por lo general, no aprobamos los beneficios para capacitación académica.

### Debe incluir los siguientes elementos con su solicitud:

- Páginas impresas de [esd.wa.gov/labormarketinfo/learn-about-an-occupation](http://esd.wa.gov/labormarketinfo/learn-about-an-occupation) que indiquen si su ocupación principal y la ocupación para la que se está capacitando están en demanda o en descenso, de acuerdo con su Workforce Development Council local, o de [careeronestop.org/JobSearch/Plan/whats-in-demand.aspx](http://careeronestop.org/JobSearch/Plan/whats-in-demand.aspx), si no se encuentra en el estado de Washington.
- Páginas impresas de Careerbridge - [careerbridge.wa.gov/Search/Program.aspx](http://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 - [careeronestop.org/LocalHelp](http://careeronestop.org/LocalHelp)
- Plan de educación firmado por su asesor de la escuela y si está disponible, su registro de inscripción vigente de la escuela.
- Documentos médicos que comprueban que tiene una discapacidad, enfermedad o lesión.

### Registre su solicitud de beneficios para capacitación:

Llene esta solicitud para el programa de Beneficios para Capacitación y envíela. Hay dos formas de hacerlo:

- **Por Fax:** 800-301-1796. Puede enviar por fax desde un centro de empleo de WorkSource (encuentre su centro más cercano en [WorkSourceWA.com](http://WorkSourceWA.com));  
○
- **Por correo:** Employment Security Department  
Training Benefits Unit  
PO Box 9046  
Olympia, WA 98507-9046



## **Después de enviar su solicitud**

Mientras espera saber si aprobamos su solicitud, debe seguir buscando trabajo y mantener un registro de búsqueda de trabajo.

Si decidimos que no reúne los requisitos de los beneficios para capacitación, utilizaremos información de su solicitud de Beneficios para Capacitación para determinar si reúne los requisitos para el programa de Capacitación Aprobada por el Comisionado. Este es similar a los Beneficios para Capacitación, pero no proporciona más semanas de beneficios por desempleo. Si recibe aprobación, la Capacitación Aprobada por el Comisionado le eximirá del requisito de búsqueda de trabajo.

Si no recibe aprobación para los Beneficios para Capacitación ni para la Capacitación Aprobada por el Comisionado, debe seguir buscando trabajo para mantener su elegibilidad para los beneficios por desempleo regulares. También debe estar disponible para trabajar durante el horario habitual para su ocupación. Utilizaremos su solicitud de Beneficios para Capacitación para determinar si su horario de escuela presenta conflictos con el horario de trabajo habitual para su ocupación. Si hay un conflicto, denegaremos sus beneficios regulares por desempleo.

Es posible que reciba múltiples cartas de nuestras oficinas sobre los Beneficios para Capacitación, la Capacitación Aprobada por el Comisionado o sobre su disponibilidad para trabajar mientras se encuentra en capacitación.

## **Si necesita ayuda**

Para obtener ayuda o si tiene preguntas sobre el programa de Beneficios para Capacitación:

- Visite [esd.wa.gov/espanol/training-program](http://esd.wa.gov/espanol/training-program)
- Vea un video sobre el programa. Vaya a [esd.wa.gov/espanol/video-library](http://esd.wa.gov/espanol/video-library).
- Llame al 877-600-7701 o envíe un mensaje electrónico a [seacat@esd.wa.gov](mailto:seacat@esd.wa.gov) y obtenga ayuda de la Unidad de Beneficios para Capacitación.
- En su escuela, hable con un consejero en capacitación.



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): \_\_\_\_\_

### Sección 1 – Su información

1. ¿Ha recibido Beneficios para Capacitación en los últimos cinco años?  Sí  No
2. ¿Fue dado de baja con honores de las Fuerzas Armadas o de la Guardia Nacional del Estado de Washington en los últimos 12 meses?  Sí  No
3. ¿Es actualmente miembro de la Guardia Nacional del estado de Washington?  Sí  No
4. ¿Tiene una discapacidad, enfermedad o lesión que le impida trabajar en su ocupación anterior?  Sí  No  
¿Contestó sí? explique e incluya los documentos médicos: \_\_\_\_\_

5. En los últimos tres años, ¿cuál ha sido su ocupación principal? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es su código de clasificación ocupacional estándar (SOC), o el que se acerque más a su ocupación principal, basado en su empleo durante los tres años pasados?

(utilice ONet Autocoder - [onetsocautocoder.com/plus/onetmatch](http://onetsocautocoder.com/plus/onetmatch))

- a. ¿Su ocupación principal se encuentra en descenso, en equilibrio o en demanda, de acuerdo con el Workforce Development Council local ([esd.wa.gov/labormarketinfo](http://esd.wa.gov/labormarketinfo)) o con [Careeronestop.org/JobSearch/Plan/whats-in-demand.aspx](http://Careeronestop.org/JobSearch/Plan/whats-in-demand.aspx) (si vive fuera del estado de Washington)?  
 En descenso  En equilibrio  En demanda
- b. Adjunte una página impresa del sitio web para su ocupación principal.
- c. Si su ocupación principal se encuentra en demanda o en equilibrio, proporcione una explicación por escrito que indique por qué necesita capacitación para encontrar un empleo adecuado.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Está dispuesto a ser viajero pendular para trabajar en su ocupación principal?  Sí  No
  - a. ¿Contestó sí? adjunte una página impresa del sitio web indicando que su ocupación principal está en demanda o en descenso en el condado o los condados a los que está dispuesto a viajar para trabajar.
  - b. Indique el condado o los condados a los que estaría dispuesto a viajar como viajero pendular para trabajar en su ocupación principal: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

8. ¿Está dispuesto a mudarse para trabajar en su ocupación principal?  Sí  No
- a. ¿Contestó sí? adjunte una página impresa del sitio web que indica si su ocupación principal está en demanda o en descenso en el condado o los condados a los que está dispuesto a mudarse.
- b. Indique el condado o los condados a los que estaría dispuesto a mudarse para trabajar en su ocupación principal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. Si no está dispuesto a mudarse, explique por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. ¿Cuál es nivel más alto de educación que alcanzó? \_\_\_\_\_
10. ¿Tiene algún título o certificado?  Sí  No  
¿Contestó sí?, proporcione:  
Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_  
Nombre del programa de capacitación o área principal de estudios: \_\_\_\_\_  
Tipo de título o certificado que obtuvo: \_\_\_\_\_  
Fecha de emisión del título o certificado: \_\_\_\_\_
11. ¿Recibió un Aviso de Ajuste y Capacitación del Trabajador (Worker Adjustment and Retraining Notice, WARN)?  Sí  No  
¿Contestó sí? proporcione:  
Nombre del empleador que emitió el aviso WARN: \_\_\_\_\_  
Fecha de emisión del aviso: \_\_\_\_\_

## Sección 2 – Información del programa de capacitación

1. ¿Cuál es el nombre exacto de su programa de capacitación? \_\_\_\_\_
- a. Nombre de la escuela y la ciudad en la que se encuentra: \_\_\_\_\_
- b. ¿Está tanto su escuela como su programa de capacitación en la Lista de Proveedores de Capacitación Elegibles en [careerbridge.wa.gov/Search\\_Program.aspx](http://careerbridge.wa.gov/Search_Program.aspx)? Si su escuela se encuentra fuera del estado: [careeronestop.org/LocalHelp/EmploymentAndTraining/find-WIOA-training-programs.aspx](http://careeronestop.org/LocalHelp/EmploymentAndTraining/find-WIOA-training-programs.aspx)  Sí  No
- c. Adjunte una página impresa que indica que su escuela y programa de capacitación están en una Lista de Proveedores de Capacitación Elegibles.
2. ¿En qué fecha comienza su capacitación (mm/dd/aa)? : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
¿En qué fecha termina su capacitación (mm/dd/aa)? : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
3. ¿Considera su escuela que su capacitación es de tiempo completo?  Sí  No
4. Esta capacitación rendirá como resultado (elijá uno):

Certificado

Título de dos años

Título de dos años para transferencia

Título de cuatro años

Título de más de cuatro años

Otro



Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

5. Trabajos para los que califica 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](http://onetsocautocoder.com/plus/onetmatch))

En el lugar donde vive, ¿están en demanda los trabajos que indicó arriba, de acuerdo con la lista del Workforce Development Council en [esd.wa.gov/labormarketinfo/learn-about-an-occupation](http://esd.wa.gov/labormarketinfo/learn-about-an-occupation) o en [Careeronestop.org/JobSearch/Plan/whats-in-demand.aspx](http://Careeronestop.org/JobSearch/Plan/whats-in-demand.aspx) si 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.

6. Para la nueva ocupación, ¿está dispuesto a viajar para trabajar fuera del condado donde vive ahora?  Sí  No

- a. Si respondió que sí, anote los condados a los que está dispuesto a viajar:  
 \_\_\_\_\_

- b. Adjunte una copia de las páginas web que indican si la nueva ocupación está en demanda o en descenso en el condado o los condados a los que está dispuesto a viajar.

7. Para la nueva ocupación, ¿está dispuesto a mudarse fuera del condado donde vive ahora?  Sí  No

- a. Si respondió que sí, indique el condado o los condados a los que está dispuesto a mudarse:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- b. Adjunte una copia de las páginas web que indican si la nueva ocupación está en demanda o en descenso en el condado o los condados a los que está dispuesto a mudarse.

8. ¿Ha recibido aprobación para una concesión o programa especial, tal como la Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral (*Workforce Innovation and Opportunity Act*),

Trabajadores Desplazados o Asistencia por Ajustes en el Comercio Exterior (Trade Adjustment Assistance)?  Sí  No

- a. ¿Contestó sí? proporcione la siguiente información:  
 Nombre de la concesión o el programa: \_\_\_\_\_  
 Nombre del consejero o asesor: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono del consejero o asesor: \_\_\_\_\_  
 Dirección electrónica del consejero o asesor: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Planificación financiera**

9. Los Beneficios para Capacitación pagan 52 veces la cantidad de su beneficio semanal, menos los beneficios regulares por desempleo que le hayan pagado (generalmente 26 semanas). Es posible que se le agoten sus beneficios por desempleo y sus beneficios para capacitación antes de que termine su programa de capacitación. Si se le agotan los beneficios, ¿cómo pagará lo siguiente?
- a. Capacitación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - b. Gastos diarios para vivir \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Si está presentando esta solicitud después de alguno de los plazos, explique por qué la presenta tarde:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Sección 3 – Historial de trabajo**

Escriba su historial de trabajo de los últimos tres años, comenzando con el empleador más reciente. En la descripción del trabajo, haga una descripción completa de las tareas que realizó. Incluya detalles sobre todas las habilidades, las herramientas y el equipo que utilizó. Si tuvo varios puestos de trabajo con el mismo empleador, especifique el título del trabajo, sus responsabilidades y las fechas de empleo para cada puesto. Podemos usar esta información para actualizar y corregir su ocupación principal en su reclamo de desempleo.

Último empleador: \_\_\_\_\_ Título del trabajo: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fechas de trabajo en este puesto: \_\_\_\_\_ Ubicación del trabajo: \_\_\_\_\_

Descripción de las tareas y responsabilidades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Siguiente empleador: \_\_\_\_\_ Título del trabajo: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fechas de trabajo en este puesto: \_\_\_\_\_ Ubicación del trabajo: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Descripción de las tareas y responsabilidades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Siguiente empleador: \_\_\_\_\_ Título del trabajo: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fechas de trabajo en este puesto: \_\_\_\_\_ Ubicación del trabajo: \_\_\_\_\_

Descripción de las tareas y responsabilidades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Sección 4 – Disponibilidad para trabajar**

Si no recibe aprobación para los programas de Beneficios para Capacitación o Capacitación Aprobada por el Comisionado, es posible que todavía reúna los requisitos para los beneficios por desempleo regulares. Mientras se encuentra en capacitación, debe:

- Poder trabajar.
- Estar disponible para trabajar y buscar trabajo activamente, a menos que le pidamos lo contrario.
- Estar disponible para trabajar todos los horarios, días y turnos requeridos para su ocupación principal. Puede ser que el asistir a la capacitación haga que no esté disponible para trabajar o no ser elegible para los beneficios por desempleo.

### **Requisitos de búsqueda de trabajo**

Debe adjuntar una copia de su hoja de registro para la búsqueda de trabajo correspondiente a cada una de las semanas que haya reclamado beneficios hasta la fecha para demostrar, que sí reúne los requisitos de búsqueda de trabajo. Para obtener un formulario en blanco, en [esd.wa.gov](http://esd.wa.gov) seleccione español y encuéntrelo en "Publicaciones y formularios".

Para cumplir con los requisitos de búsqueda de trabajo, debe:

- Hacer contactos con empleadores, o
- Participar en actividades en persona que hayan sido aprobadas por WorkSource, como búsqueda de trabajo en persona en WorkSource.

Hasta que reciba aprobación para capacitación o mientras la esté esperando, cada semana debe de hacer por lo menos tres actividades de búsqueda de trabajo. P. ej.: Un contacto con un empleador y asistió a dos talleres aprobados por su centro local de trabajo WorkSource.





Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Las actividades en persona aprobadas como búsqueda de trabajo por WorkSource o por el American Job Center (en otro estado) son servicios gratuitos para ayudarle con sus esfuerzos de búsqueda de trabajo. Algunos ejemplos de actividades en persona aprobadas son: estrategias de búsqueda de trabajo, cómo crear un currículum y aprender sobre técnicas para entrevistas.

**Planes escolares**

1. ¿Cuáles son sus planes de búsqueda de trabajo y de empleo si no recibe aprobación para los Beneficios para Capacitación o la Capacitación Aprobada por el Comisionado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Actualmente:
  - a. ¿Asiste a una capacitación?  Sí  No
  - b. ¿Está inscrito en una capacitación?  Sí  No
3. ¿Cuántos créditos está cursando o va a cursar? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuánto ha gastado en colegiatura, libros, cuotas y gastos para esta capacitación? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es su horario de clases este trimestre o semestre?

Nombre de la clase	Número del curso	Horas crédito	Horario de clase	Días de las clases

6. ¿Cómo asiste? (marque todas las respuestas que correspondan)
 

En línea    En persona    Por correspondencia

  - a. Si asiste en línea, ¿se requiere que esté disponible para la clase en un horario específico?  Sí  No
  - b. Si respondió que sí, ¿qué días y a qué horas? \_\_\_\_\_
7. Cada semana, ¿cuántas horas dedica o dedicará a estudiar, dentro y fuera de sus clases?

**Disponibilidad**

1. ¿Ha estado buscando y actualmente busca trabajo de tiempo completo?  Sí  No
  - a. Si respondió que no, ¿cuándo dejó de buscar trabajo de tiempo completo? \_\_\_\_\_
2. ¿De alguna manera ha limitado su búsqueda de trabajo, como el horario de trabajo en el que está disponible, trabajar solamente hasta que comience la capacitación, o el tipo de trabajo que está dispuesto a hacer?  Sí  No
  - a. Si respondió que sí, explique: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

3. ¿En qué turnos está dispuesto a trabajar? (Marque todas las respuestas que correspondan)  
 Diurno                       Turno de la tarde [swing]                       Turno de la noche [graveyard]

4. ¿Cuántas horas por día y cuántos días por semana puede trabajar? \_\_\_\_\_ horas por día  
\_\_\_\_\_ días por semana

5. ¿En qué días puede trabajar cada semana? (Marque todas las respuestas que correspondan)  
 Dom                       Lun                       Mar                       Mié                       Jue                       Vie                       Sáb

6. ¿Están disponibles sus clases en otro horario?                       Sí                       No

7. Si no recibe aprobación para los Beneficios para Capacitación o la Capacitación Aprobada por el Comisionado y le ofrecen un trabajo que presenta un conflicto con su horario de clases, ¿abandonará las clases para aceptarla?                       Sí                       No

a. Si respondió que sí, ¿abandonará la capacitación si la escuela no le reembolsa su dinero?                       Sí                       No

b. Si respondió que no, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Si no le quitamos el requisito de buscar trabajo, ¿qué hará si se le ofrecen un empleo que requiera que trabaje en el mismo horario que normalmente asiste a clases?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. En el pasado, ¿ha trabajado tiempo completo mientras asistía a una capacitación?                       Sí                       No  
Si respondió que sí, ¿cómo logró hacerlo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿Qué les dirá a sus empleadores sobre su disponibilidad para trabajar cuando solicite o le ofrezcan un trabajo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## Sección 5 – 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 beneficios. Si desea una entrevista, marque la casilla de abajo o comuníquese con la Unidad de Beneficios para Capacitación al 877-600-7701. Puede tener la ayuda de cualquier persona, incluido un abogado, durante la entrevista. Puede presentar medios de prueba, documentos o testigos, hacer preguntas a los testigos o a las partes presentes y solicitar copias de todos los archivos o documentos relacionados con el asunto.

Deseo una entrevista antes de que se tome una decisión.

### Certificación del solicitante

- He leído y entiendo mis derechos. Presento esta solicitud para recibir Beneficios para Capacitación, Capacitación Aprobada por el Comisionado o 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 informar inmediatamente de cualquier modificación de mi plan de capacitación a la Unidad de Beneficios para Capacitación al 877-600-7701.
- Si recibo aprobación para los beneficios, entiendo que, si más tarde modifico mi programa de capacitación sin aprobación del Departamento para la Seguridad del Empleo, es posible que me denieguen los beneficios y tenga que devolver cualquier beneficio al 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: \_\_\_\_\_

El Departamento para la Seguridad del Empleo ofrece igualdad de oportunidades en el trabajo y los programas. Hay servicios y ayuda auxiliar disponible a petición para las personas con discapacidades. Para las personas con dominio limitado del inglés, hay asistencia lingüística disponible sin cargo. Servicio de retransmisión de Washington: 711

### Antes de presentar su solicitud, asegúrese de incluir:

- Páginas impresas de [esd.wa.gov/labormarketinfo/learn-about-an-occupation](http://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](http://careeronestop.org/JobSearch/Plan/whats-in-demand.aspx).
- Páginas impresas de Careerbridge - [careerbridge.wa.gov/SearchProgram.aspx](http://careerbridge.wa.gov/SearchProgram.aspx) que indican 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 - [careeronestop.org/FindTraining/find-training.aspx](http://careeronestop.org/FindTraining/find-training.aspx)
- Plan de educación firmado por su asesor de la escuela y, si está disponible, su registro de inscripción actual de la escuela.
- Documentos médicos que comprueban que tiene una discapacidad, enfermedad o lesión.



Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Al terminar de llenar su paquete de solicitud, llévelo a su asesor o representante de la escuela para que complete la siguiente sección.**

**Training provider certification**

- 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)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- I have reviewed Section 2 (Training program information) and I 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: \_\_\_\_\_

The Employment Security Department is an equal opportunity employer/programs. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Language assistance services for limited English proficient individuals are available free of charge. Washington Relay Service: 711



Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Si entrega el paquete al personal de WorkSource pida complete lo siguiente (opcional)**

If the application is received at a WorkSource office (or other American Job Center if living outside Washington), 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 beneficios para capacitación:**

Hay dos formas de registrar su solicitud:

- Envíela por fax al 800-301-1796. Puede enviarlo por fax desde un centro de empleo de WorkSource (encuentre su centro más cercano en [WorkSourceWA.com](http://WorkSourceWA.com));
- 
- Envíe su solicitud por correo a: Employment Security Department  
Training Benefits Unit  
PO Box 9046  
Olympia, WA 98507-9046