



Department of Labor

AmericanJobCenter

Career Center Supplemental Questionnaire Additional Information & Program Eligibility

Name: _____

NYID#: _____

Please answer these questions to help us determine if you qualify for other Workforce System programs and services. This information is confidential and will only be used to determine further program eligibility, federal reporting requirements for Workforce Innovation and Opportunity Act-funded programs, and affirmative action requirements. We would like you to complete this form so we can help you better. However, answers are voluntary.

Are you or any member of your family receiving any Public Assistance/Low Income? Yes No

Check all that apply:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TANF (Temporary Assistance for Needy Families) | <input type="checkbox"/> Home Relief |
| <input type="checkbox"/> Food Stamps/SNAP | <input type="checkbox"/> SSI (Supplemental Security Income) |
| <input type="checkbox"/> GA (General Assistance State/Local) | <input type="checkbox"/> SSDI (Social Security Disability Insurance) |
| <input type="checkbox"/> RCA (Refugee Cash Assistance) | <input type="checkbox"/> Exhausting TANF within two years |

Low income individual with a total family income that does not exceed the higher of:

The poverty line

OR

70% of the lower living standard income level

Other _____

Are you a person with a disability? Yes No Prefer not to answer

Do you have a physical or mental impairment that substantially limits one or more of your major life activities?

If Yes, do you have a:

- Physical/Chronic Health Condition
- Physical/Mobility Impairment
- Mental or Psychiatric disability
- Vision-related disability
- Hearing-related disability
- Learning disability
- Cognitive/Intellectual disability

Are you a Migrant or Seasonal Farm Worker? Yes No

If "Yes," check one of the following:

- Seasonal Farm Worker:** someone who is or was employed in the past 12 months in farm work of a seasonal or other temporary nature and who can return to their permanent place of residence in the same day. This does not include non-migrant individuals who are full-time students.
- Migrant Farm Worker:** a seasonal farm worker (see above) who travels to the job site and cannot return to their permanent place of residence in the same day. This does not include full-time students traveling in organized groups rather than with their families.
- Migrant Food Processor:** (see Migrant Farm Worker)

Are you a spouse of a US Armed forces member on active duty and lost your job as a direct result of relocation due to a permanent change your spouse's duty station? Yes No

Are you a Displaced Homemaker? Yes No

Have you been providing unpaid services to family members in the home and:

- Depended on the income of another family member but are no longer supported by that income; or are the dependent spouse of a member of the military on active duty and whose family income is significantly reduced due to a deployment, a call or order to active duty, or the death or disability of the member, **AND**
- Are unemployed or underemployed and are having trouble finding or keeping employment.

Are you a single parent? Yes No

Are you a single, separated, divorced or widowed person who has primary responsibility for one or more dependent children under age 18 (including single pregnant women)?

Are you homeless? Yes No

Do you lack a permanent and suitable nighttime residence? This includes:

- Sharing housing with other persons due to loss of housing, economic hardship or a similar reason,
- Living in a motel, hotel, trailer park or campground due to a lack of other suitable options,
- Living in an emergency or temporary shelter,
- Abandoned in a hospital,
- Awaiting foster care placement, or
- Having a main nighttime residence that is a public or private place such as a car, park, abandoned building, bus or train station, airport or campground.

Are you an ex-offender? Yes No

Were you subject to any stage of the criminal justice process? Do you need help overcoming barriers to employment resulting from a record of arrest or conviction for crimes against persons or property, status offenses or other crimes?

Are you an English Language Learner? Yes No

Do you have limited ability in speaking, reading, writing or understanding English? Do you meet one of the following two conditions?

- Is your native language a language other than English?
- Do you live in a family or community where a language other than English is the main language?

Do you think you have a cultural barrier? Yes No

Do you have attitudes, beliefs, customs or practices that may make it hard for you to find work?

Do you lack basic skills? Yes No

Are you unable to solve problems, or read, write, or speak English at a level necessary to function on the job, in your family, or in society?

I certify that the information given on this document is true and accurate to the best of my knowledge.

Signature

Date



Department
of Labor

AmericanJobCenter

Cuestionario complementario del Centro Vocacional Información adicional y elegibilidad para el programa

Nombre: _____ N.º de ID de NY: _____

Responda estas preguntas para ayudarnos a determinar si califica para otros programas y servicios del Sistema de la Fuerza Laboral. Esta información es confidencial y solo se utilizará para determinar la elegibilidad adicional para el programa, los requisitos federales de información para los programas financiados por la Ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral, y los requisitos de acción afirmativa. Nos gustaría que complete este formulario para que podamos ayudarle mejor. Sin embargo, las respuestas son voluntarias.

1. ¿Usted o algún miembro de su familia está recibiendo asistencia pública/ayuda por ingresos bajos?

Sí No

Marque todas las opciones que correspondan:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) | <input type="checkbox"/> Ayuda de vivienda |
| <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones para alimentos/Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria) | <input type="checkbox"/> SSI (Seguridad de Ingresos Suplementarios) |
| <input type="checkbox"/> GA (Asistencia general estatal/local) | <input type="checkbox"/> SSDI (Seguro Social por Incapac Seguro Social) |
| <input type="checkbox"/> RCA (Ayuda económica para refugiados) | <input type="checkbox"/> Agotamiento de la TANF en un plazo de dos años |

Persona con ingresos bajos cuyos ingresos familiares totales no superan:

El nivel de pobreza

O

el 70 % del nivel más bajo de ingresos del estándar de vida

Otra _____

2. ¿Es usted una persona discapacitada? Sí No Prefiere no contestar

¿Tiene un impedimento físico o mental que limite considerablemente una o más actividades esenciales de su vida diaria?

En caso afirmativo, tiene:

- Una afección médica física/crónica
 Impedimento físico/de movilidad
 Discapacidad mental o psiquiátrica
 Discapacidad relacionada con la vista
 Discapacidad relacionada con la audición
 Discapacidad en el aprendizaje
 Discapacidad cognitiva/intelectual

3. ¿Es usted un trabajador agrícola inmigrante o de temporada? Sí No

En caso afirmativo, marque una de las siguientes opciones:

- Trabajador agrícola de temporada:** alguien que está o estuvo empleado en los últimos 12 meses en un trabajo agrícola de temporada o de otra naturaleza temporal y que puede volver a su lugar de residencia permanente el mismo día. Esto no incluye a las personas no inmigrantes que son estudiantes de tiempo completo.
- Trabajador agrícola inmigrante:** un trabajador agrícola de temporada (véase más arriba) que viaja al lugar de trabajo y no puede volver a su lugar de residencia permanente el mismo día. Esto no incluye a los estudiantes de tiempo completo que viajan en grupos organizados en lugar de con sus familias.
- Procesador de alimentos inmigrante:** (véase trabajador agrícola inmigrante)

4. ¿Es usted el cónyuge de un miembro de las fuerzas armadas de los EE. UU. en servicio activo o perdió su trabajo como consecuencia directa de una reubicación debido a un cambio

**permanente del lugar
de destino de su cónyuge?** Sí No

5. ¿Es usted una ama de casa desplazada? Sí No

¿Ha estado prestando servicios no pagados a miembros de la familia en el hogar y:

- Dependía de los ingresos de otro miembro de la familia, pero ya no se mantiene con dichos ingresos; o es cónyuge dependiente de un miembro del ejército en servicio activo cuyos ingresos familiares se reducen considerablemente debido a un despliegue, una llamada u convocatoria a servicio activo, el fallecimiento o la discapacidad del miembro, Y
- Está desempleado o subempleado y tiene problemas para buscar o mantener el empleo?

6. ¿Es usted padre/madre soltero/a? Sí No

¿Es usted una persona soltera, separada, divorciada o viuda que tiene la responsabilidad principal de uno o más hijos dependientes menores de 18 años (incluidas las mujeres embarazadas solteras)?

7. ¿Es una persona sin hogar? Sí No

¿Carece de una residencia permanente y adecuada durante la noche? Esto incluye:

- Compartir vivienda con otras personas debido a la pérdida de la vivienda, a una dificultad económica o a un motivo similar.
- Vivir en un motel, hotel, parque de remolques o campamento debido a la falta de otras opciones adecuadas.
- Vivir en un refugio de emergencia o temporal.
- Estar abandonado en un hospital.
- Esperar colocación en cuidado temporal.
- Tener una residencia principal durante la noche que es un lugar público o privado como un automóvil, un parque, un edificio abandonado, una estación de autobuses o trenes, un aeropuerto o un campamento.

8. ¿Es usted un exconvicto? Sí No

¿Estuvo sujeto a alguna etapa del proceso de justicia penal? ¿Necesita ayuda para superar obstáculos en la obtención de un empleo debido a antecedentes de detención o condena por delitos contra la persona o la propiedad, delitos por causa de estado u otros delitos?

9. ¿Es usted un aprendiz del idioma inglés? Sí No

¿Tiene capacidad limitada para hablar, leer, escribir o comprender el inglés? ¿Cumple una de las siguientes dos condiciones?

- ¿Su idioma materno es un idioma que no es el inglés?
- ¿Vive en una familia o comunidad en la que el idioma inglés no es el idioma principal?

10. ¿Cree que tiene una barrera cultural? Sí No

¿Tiene actitudes, creencias, costumbres o prácticas que pueden dificultarle encontrar trabajo?

11. ¿Carece de habilidades básicas? Sí No

¿Es incapaz de resolver problemas, leer, escribir o hablar inglés a un nivel necesario para desenvolverse en el trabajo, en su familia o en la sociedad?

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera y exacta según mi leal saber.

Firma

Fecha

El Departamento de Trabajo del estado de Nueva York es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Si se solicita, se proporcionan servicios y ayudas auxiliares del programa para las personas con discapacidades