|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Texas Workforce Solutions logo | **Texas Workforce Commission**  **Servicios de Rehabilitación Vocacional**  **Formulario de remisión a Summer Earn and Learn (SEAL)** | | | |
| Instrucciones: Este formulario de remisión debe ser llenado por el participante de Summer Earn and Learn (SEAL) y el consejero de VR antes de la inscripción en el programa SEAL. El participante de SEAL llenará las páginas 1 -2. El consejero de VR llenará la página 3. Tenga en cuenta que es posible que se requiera documentación y formularios adicionales para participar en el programa SEAL. | | | | |
| Nombre de la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral: WORKFORCE SOLUTIONS TEXOMA  DEVUELVA EL FORMULARIO A TWC-VR, 2415 S. Austin, Ste 105, Denison, TX 75020 | | | | |
| **Información del participante** | | | | |
| Nombre del participante: | | Fecha de nacimiento: | | |
| Teléfono (principal): | | Teléfono (secundario): | | |
| Dirección de correo electrónico: | | Dirección de casa: | | |
| Método de comunicación preferido:  Teléfono  Correo electrónico | | Idioma preferido: | | |
| Nombre de la escuela: | | Fecha prevista de graduación: | | |
| **Información de los padres o tutores legales** | | | | |
| Nombre: | | Relación con el participante: | | |
| Teléfono: | | Correo electrónico: | | |
| Método de comunicación preferido:  Teléfono  Correo electrónico | | Idioma preferido: | | |
| **Historial laboral del participante** | | | | |
| Instrucciones: Enumere todos los empleos anteriores, remunerados o no, o la experiencia como voluntario, empezando por el más reciente. Puede adjuntar hojas adicionales o un currículum. | | | | |
| 1. Nombre de la organización: | | | Dirección de la organización: | |
| Título del puesto: | | | Remunerado  No remunerado | |
| Fecha de inicio: | | | Fecha de finalización: | |
| Responsabilidades del trabajo: | | | Motivo para irse: | |
| 2. Nombre de la organización: | | | Dirección de la organización: | |
| Título del puesto: | | | Remunerado  No remunerado | |
| Fecha de inicio: | | | Fecha de finalización: | |
| Responsabilidades del trabajo: | | | Motivo para irse: | |
| **Preferencias de transporte y lugar de trabajo** | | | | |
| ¿Cuántas horas está disponible para trabajar a la semana? | | Menos de 10  10-20  20-40 | | |
| ¿Hay alguna fecha durante el verano en la que no esté disponible?  Sí  No  Si la respuesta es afirmativa, enumere las fechas: | | | | |
| ¿Qué horario está disponible para trabajar?  (Marque todo lo que corresponda) | | Mañana  Tarde  Al anochecer  Cualquier horario | | |
| ¿Qué medio de transporte utilizará para ir al trabajo? (Marque todo lo que corresponda) | | Transporte público  Manejar su propio vehículo  Los padres/tutores legales lo llevarán | | |
| ¿En qué zona (ciudad/condado) prefiere trabajar?  (Enumere todas las zonas) | |  | | |
| **Preguntas a los participantes** | | | | |
| ¿Por qué quiere participar en el Programa "Summer Earn and Learn"? | | | | |
| En sus propias palabras, describa qué apoyo necesita para tener éxito en el trabajo: | | | | |
| ¿Necesita alguna adaptación para los materiales impresos?  Sí  No | | En caso afirmativo, seleccione una de las siguientes opciones:  Letra grande  Braille  Otro: | | |
| ¿Puede levantar al menos 45 libras? | | | | Sí  No |
| ¿Se siente cómodo trabajando al aire libre? | | | | Sí  No |
| ¿Puede permanecer de pie al menos 4 horas? | | | | Sí  No |
| ¿Se siente cómodo trabajando con una computadora? | | | | Sí  No |
| **Solo consejero de VR** | | | | |
| Instrucciones: Esta sección solo puede ser completada por el Consejero de Rehabilitación Vocacional (VR). | | | | |
| ID del caso de VR del participante: | | ¿El participante está actualmente matriculado en la escuela?  Sí  No | | |
| Nombre del consejero de VR: | | Teléfono del consejero de VR: | | |
| Dirección de correo electrónico del consejero de VR: | | Teléfono principal de la oficina del consejero de VR: | | |
| ¿Se le asignará al participante de VR un formador de experiencia laboral?  Sí  No | | | | |
| En caso afirmativo, ¿se eliminará gradualmente al formador de experiencia laboral?  Sí  No | | | | |
| ¿Participará el participante de VR en la Formación para la Preparación al Trabajo?  Sí  No | | | | |
| Describa cualquier información adicional relevante con respecto al participante (por ejemplo, discapacidad, necesidades de apoyo, adaptaciones, alergias, etc.): | | | | |
| Firma del consejero de VR:  **X** | | | Fecha: | |