

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA RECUPERACIÓN DE LA FUERZA LABORAL  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA**



Sólo con fines informativos. Solo se puede firmar y enviar el formulario en inglés.

**NOTA:** Sólo se debe presentar una solicitud por persona. Las solicitudes duplicadas se cerrarán o se suspenderán para que solo permanezca activa una solicitud por persona.

## SECCIÓN 1 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

### SOLICITANTE

Nombre: \* \_\_\_\_\_ Apellido: \* \_\_\_\_\_ Inicial del  
segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \* \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \* \_\_\_\_\_ Dirección de correo  
electrónico: \_\_\_\_\_

Mi método preferido de comunicación es (*Seleccionar uno*):

- Teléfono  Correo electrónico  Correo

Fecha de nacimiento (*DD/MM/AAAA*): \* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

El inglés es mi idioma primario:

- Sí  No

Sí no, cuál es su idioma primario (*Seleccione uno*):

- Español  Creole  Otros (*especifique*): \_\_\_\_\_

Soy un veterano, cónyuge o dependiente de alguien que se encuentra en servicio activo:

- Sí  No

Estoy autorizado a trabajar en los Estados Unidos: \*

- Sí  No

Nivel más alto de educación completado: \*

- Algo de preparatoria  Diploma de la escuela preparatoria  Educativo General (GED)  Certificación vocacional  
 Algo de universidad  Título de asociado  Licenciatura  Título de maestría  
 Otros (*especifique*): \_\_\_\_\_

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA RECUPERACIÓN DE LA FUERZA LABORAL  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA**



Solicito la exención de la divulgación de los registros públicos basándose en una categoría de exención calificada: \*

- Sí (se puede solicitar información adicional)       No

En caso afirmativo, la categoría de exención elegible debe seleccionarse a continuación:

- Personal juramentado o civil encargado de hacer cumplir la ley, incluyendo los funcionarios correccionales y funcionarios de libertad condicionada [§119.071 4) d) 2.a.]
- Investigador del departamento de niños y familias [§119.071(4)(d)2.a.]
- Personal de apoyo a la investigación del departamento de salud [§119.071(4)(d)2.un.]
- Recolección de ingresos y ejecución o personal de aplicación de manutención de menores del departamento de ingresos o gobiernos locales [§ 119.071(4)(d)2.un.]
- Personal de investigación sin gastos del departamento de servicios financieros [§ 119.071(4)(d)2.b.]
- Personal de investigación no juramentado de la oficina de investigaciones financieras de la oficina del reglamento financiero [§ 119.071(4)(d)2.c.]
- Bombero certificado en funciones como se define en s. 633.408 [§119.071(4)(d)2.d.] Sólo los certificados actuales son elegibles.
- Juez o Justicia [§119.071 4) d) 2.e.]
- Fiscal del estado, asistente del fiscal del estado, fiscal del estado o asistente del fiscal del estado [§119.071(4)(d)2.f.]
- Magistrado general, magistrado especial, juez de reclamaciones de indemnización, juez de derecho administrativo de la división de audiencias administrativas [§119.071 4) d) 2.g.]
- Oficial de aplicación del código [§119.071(4)(d)2.i.]
- Guardian ad litem como se define en el s. 39.820 [§119.071(4)(d)2.j.]
- Empleados específicos del departamento de justicia juvenil [§119.071(4)(d)2.k.]
- Defensor público, defensor público auxiliar, abogado de conflictos penales o abogado civil regional, o asistente de conflictos penales o abogado civil regional [§119.071 (4) (d) 2.l.]
- Investigador o inspector del departamento de negocios y regulación profesional [§119.071(4)(d)2. Mayor información]
- Recaudador de impuestos del condado [§119.071(4)(d)2.n.]
- Personal especificado del departamento de salud [§119.071(4)(d)2.o.]
- Consultores de profesionales discapacitados contratados por una agencia [§119.071(4)(d)2.p.]
- Técnicos médicos de emergencia y paramédicos certificados en virtud del capítulo 401 [§119.071 (4) (d) 2.q.]
- Empleados de la oficina del inspector general de una agencia o del departamento de auditoría interna [§119.071 (4) (d) 2.r.]
- Personal de la instalación de tratamiento de adicciones especificado [§119.071(4)(d)2.s.]
- Personal especificado del centro de defensa infantil [§119.071(4)(d)2.t.]
- Fiscal de los Estados Unidos, juez de los Estados Unidos, magistrado de los Estados Unidos [§119.071 (5) i) (1)] \*
- Miembros del servicio que sirvieron después del 11 de septiembre de 2001[§119.071(5)(k)(1)]\*
- Individuo de la categoría descrita en [§119.071(4)(d)2.h.] cuyas funciones incluyen la contratación y el despido de empleados, la negociación de contratos laborales, la administración u otras funciones relacionadas con el personal.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA RECUPERACIÓN DE LA FUERZA LABORAL  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA**



Por favor, compruebe el o los socios que están interesados en recibir capacitación: \*

- CareerSource Brevard - condado de Brevard
- The College of the Florida Keys - condado de Monroe
- Florida International University - condado de Miami-Dade
- Florida State College at Jacksonville - condado de Duval
- Hendry County School District - condado de Hendry
- Indian River State College - condado de St. Lucie
- Valencia College - condado de Orange y condado de Osceola

Consulte los oficios de construcción de los cuales que desea recibir formación: \*

- |                                                                                   |                                                                                   |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Certificación de energía alternativa                     | <input type="checkbox"/> Construcción base                                        | <input type="checkbox"/> Enyesado                       |
| <input type="checkbox"/> Técnico de mantenimiento de apartamentos                 | <input type="checkbox"/> Operario eléctrico                                       | <input type="checkbox"/> Fontanería                     |
| <input type="checkbox"/> Carpintería                                              | <input type="checkbox"/> Electricidad                                             | <input type="checkbox"/> Tejados                        |
| <input type="checkbox"/> Colocación de alfombras                                  | <input type="checkbox"/> Instalación de vidrios y ventanas                        | <input type="checkbox"/> Técnico de paneles solares     |
| <input type="checkbox"/> Acabado de hormigón                                      | <input type="checkbox"/> Calefacción, ventilación y aire Acondicionamiento (HVAC) | <input type="checkbox"/> Técnico solar térmico          |
| <input type="checkbox"/> Construcción                                             | <input type="checkbox"/> Operaciones de equipos pesados                           | <input type="checkbox"/> Instalación solar fotovoltaica |
| <input type="checkbox"/> Administración, gestión y supervisión de la construcción | <input type="checkbox"/> Mecánica industrial                                      | <input type="checkbox"/> Montaje de rociadores          |
| <input type="checkbox"/> Obrero de construcción                                   | <input type="checkbox"/> Albañilería                                              | <input type="checkbox"/> Soldadura                      |
| <input type="checkbox"/> Preparación de la fuerza laboral de la construcción      | <input type="checkbox"/> Pintura                                                  |                                                         |
- Otro (*Por favor especifique*): \_\_\_\_\_

*Nota: es posible que los programas individualizados no estén disponibles para todos los socios.*

**COMUNICACIÓN DEL SOLICITANTE DESIGNADO**

Los solicitantes del Programa de Capacitación para Recuperación de la Fuerza Laboral de Reconstruir Florida (WRTP) pueden designar a un tercero para obtener información sobre su solicitud del programa. Este tercero se conoce como el designado de comunicación y estará autorizado a realizar consultas sobre el estado del programa del solicitante ya sea en persona, por teléfono, correo electrónico y/ o correo. La persona designada como el designado de comunicación **no está autorizada a firmar** el acuerdo de subvención o cualquier otro documento o declaración jurada en nombre del solicitante a menos que también posea un poder judicial válido. La persona designada como designado para la comunicación **no está autorizada a tomar ninguna decisión** en nombre de la solicitante a menos que también tenga un poder notarial válido. Usted puede designar a un individuo o un representante de una agencia como su designado de comunicación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del  
segundo nombre: \_\_\_\_\_

Relación familiar (*Seleccione uno*):  Miembro de la familia  Amigo  Otro (*Por favor especifique*): \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia (*si procede*): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

# SOLICITUD DE ASISTENCIA



## SECCIÓN 2 INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR

La información proporcionada en esta sección de la solicitud debe incluir a **todos** los miembros del hogar que residen en la dirección actual del solicitante, independientemente de su edad.

### COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Rellene la siguiente tabla que enumera todos los miembros del hogar que residen en la dirección actual del solicitante **a partir del nombre de la persona que es cabeza del hogar.**

Nombre	Edad	Hombre / Mujer	Relación con la persona cabeza de familia	Ingresos mensuales totales estimados <i>(véase la información más abajo)</i>	Carrera <i>(introduzca el número del 111, consulte las instrucciones a continuación)</i>	Etnicidad <i>(introduzca un número de 1-3, consulte las instrucciones a continuación)</i>
			Cabeza del hogar *	\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
<b>TOTAL</b>				\$		

### INGRESOS TOTALES DEL HOGAR

\_\_\_\_\_ \$ Total estimado de ingresos anuales de los hogares \*

Los ingresos del hogar deben calcularse como el ingreso total de todos los miembros del hogar. El ingreso mensual proporcionado anteriormente se puede utilizar para ayudar con el cálculo del ingreso anual total estimado del hogar.

\* *Requerido*

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA RECUPERACIÓN DE LA FUERZA LABORAL  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA**



**UTILICE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA AYUDAR A COMPLETAR EL GRÁFICO EN LA PÁGINA ANTERIOR:**

**Ingreso**

Los ingresos deben incluir:

- Sueldos, salarios, propinas, comisiones, etcétera;
- Ingresos por trabajo por cuenta propia procedentes de empresas no agrícolas, incluyendo las empresas de su propiedad y las asociaciones;
- Ingresos de auto empleo agrícola;
- Intereses, dividendos, ingresos netos por alquiler o ingresos de fincas raíces o fideicomisos;
- Jubilación de la seguridad social o del ferrocarril;
- Ingreso de seguridad suplementario, ayuda a las familias que tienen hijos dependientes, u otros programas de asistencia pública o bienestar público;
- Jubilación, pensión de sobreviviente o incapacidad; y
- Cualquier otra fuente de ingresos recibida regularmente, incluyendo los pagos de veteranos (VA), la compensación por desempleo y la pensión alimenticia.

**Carrera**

Introduzca el número apropiado de la lista a continuación:

- |                                                              |                                          |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. Indio americano o nativo de Alaska                        | 7. Negro o afroamericano y blanco        |
| 2. Indio americano, nativo de Alaska y negro o afroamericano | 8. Nativo hawaiano o isleño del Pacífico |
| 3. Indio Americano, nativo de Alaska y blanco                | 9. Otros multi raciales                  |
| 4. Asiático                                                  | 10. Blanco                               |
| 5. Asiáticos y blancos                                       | 11. Decide no informar                   |
| 6. Negro o afroamericano                                     |                                          |

**Etnicidad**

Introduzca el número apropiado de la lista a continuación:

1. Hispano
2. No Hispano
3. Decide no informar



### SECCIÓN 3 DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS (DOB por sus siglas en inglés)

Utilice esta sección para revelar todas las formas de asistencia proporcionadas por daños o recuperación resultantes del huracán Irma (10 de septiembre de 2017). La información debe ser completa y lo más precisa posible. El programa "Reconstruir Florida" verificará toda la información. Es importante que los nombres y direcciones de todos los proveedores sean precisos para completar el proceso de solicitud. Su solicitud no puede ser procesada si la información proporcionada no puede ser verificada.

**Advertencia:** cualquier persona que a sabiendas haga una reclamación o declaración falsa ante el estado de Florida puede estar sujeta a sanciones civiles o penales en virtud de 18 U.S.C. 287, 1001 y 31 U.S.C. 3729.

¿Se le ha prestado alguna vez asistencia al solicitante en relación con el huracán Irma? La asistencia incluye **dinero, préstamos, becas, subvenciones, mano de obra voluntaria, materiales u otra asistencia proporcionada relacionada con daños o recuperación ante desastres, incluyendo la recuperación económica.** \*

Sí  No

### ORGANISMO FEDERAL DE GESTIÓN DE EMERGENCIAS; ASISTENCIA INDIVIDUAL (FEMA-IA por sus siglas en inglés)

¿ Se registró para la **asistencia de la Agencia Federal de Gestión de Emergencias; Asistencia Individual (FEMA-IA por sus siglas en inglés)**? \*

Sí  No

En caso afirmativo, incluya el número de identificación de registro **FEMA-IA**: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿se aprobó la asistencia de **FEMA-IA** para la propiedad dañada?

Sí  No

En caso afirmativo, adjunte una copia de su carta de inscripción y/o de beneficios **FEMA-IA**.

Cantidad de **FEMA-IA** aprobada: \$ \_\_\_\_\_

Importe de **FEMA-IA** proporcionado hasta la fecha: \$ \_\_\_\_\_

Enumere cualquier saldo pendiente: \$ \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿en qué año o años recibió esta asistencia? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, describa el propósito de la asistencia recibida (reparaciones, estipendios de vivienda, asistencia comercial, etc.):

En caso afirmativo, ¿se utiliza la asistencia **FEMA-IA** para sufragar los gastos relacionados con la formación de la fuerza laboral o las matrículas, honorarios y suministros educativos?

Sí  No

# SOLICITUD DE ASISTENCIA



## DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO (HUD por sus siglas en inglés)

¿Se registró para recibir asistencia del **Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano** (HUD por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos? \*

Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué año o años recibió esta asistencia? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, describa el propósito de la asistencia recibida (reparaciones, estipendios de vivienda, asistencia comercial, etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿se utilizó la asistencia de **HUD** para sufragar los gastos relacionados con la formación de la fuerza laboral o las matrículas, honorarios y suministros educativos?

Sí  No

## DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE ESTADOS UNIDOS (USDA por sus siglas en inglés)

¿ Se registró para recibir asistencia del **Departamento de Agricultura de los Estados Unidos** (USDA por sus siglas en inglés)? \*

Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué año o años recibió esta asistencia? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, describa el propósito de la asistencia recibida (reparaciones, estipendios de vivienda, asistencia comercial, etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿se utiliza la asistencia de **USDA** para sufragar los gastos relacionados con la formación de la fuerza laboral o las matrículas, honorarios y suministros educativos?

Sí  No

## ADMINISTRACIÓN DE PEQUEÑAS EMPRESAS (SBA por sus siglas en inglés)

¿Solicitó un préstamo de asistencia en casos de desastre para la **Administración de pequeñas Empresas** (SBA por sus siglas en inglés)? \*

Sí  No

En caso afirmativo, enumere el número de identificación de **SBA** y número de aplicación: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿se le aprobó el préstamo de la **SBA**?

Sí  No

En caso afirmativo, adjunte una copia de su carta de aprobación del préstamo de Asistencia para Desastres de **SBA**.

# SOLICITUD DE ASISTENCIA



Importe del préstamo de asistencia en casos de desastre aprobado por <b>SBA</b> :	\$ _____
Importe del préstamo de asistencia en casos de desastre de <b>SBA</b> proporcionado hasta la fecha:	\$ _____
Enumere cualquier saldo pendiente:	\$ _____

En caso afirmativo, ¿en qué año o años recibió esta asistencia? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, describa el propósito de la asistencia recibida (reparaciones, estipendios de vivienda, asistencia comercial, etc.):

---

---

En caso afirmativo, ¿se utilizó la asistencia de **SBA** para sufragar los gastos relacionados con la formación de la fuerza laboral o las matrículas, honorarios y suministros educativos?

- Sí             No

En caso afirmativo, y no recibió asistencia, ¿declinó usted la asistencia?

- Sí             No

Si rechazó la asistencia:

¿Cuál era el monto del préstamo?	\$ _____
¿Por qué rechazó el préstamo?	<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Reducción de ingresos <input type="checkbox"/> Más de 30 % de los ingresos brutos fueron gastados en la vivienda <input type="checkbox"/> Aumento sustancial de la deuda desde la calificación del préstamo de asistencia en casos de desastre de <b>SBA</b> <input type="checkbox"/> Otros: _____







## SECCIÓN 4 REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN

*Para que la solicitud de WRTP esté completa, los siguientes documentos deben enviarse al programa.*

### LISTA DE DOCUMENTOS

- Identificación del solicitante
- Prueba de la dirección actual
- Prueba de autorización de trabajo
- Documentación de todas las otras formas de asistencia (por ejemplo, FEMA, SBA, capacitación laboral, educación, VOAD, etcétera)
- Prueba de ingresos para todos los miembros adultos (mayores de 18 años de edad) del hogar
- Formulario de consentimiento y divulgación de información personal
- Reconocimiento de fraude con respecto a la certificación de declaraciones falsas o engañosas
- Si procede, el formulario de verificación de incapacidad
- Si procede, la prueba de estatus como veterano o cónyuge en servicio activo o su dependiente

Los formularios enumerados anteriormente están disponibles en [rebuildflorida.gov](https://rebuildflorida.gov). Descargue y complete todos los formularios aplicables.

Los formularios completos y otra documentación requerida deben presentarse con la solicitud WRTP completada. Un socio del programa puede ponerse en contacto con usted si la documentación requerida está incompleta o si se requiere más documentación.



**SECCIÓN 5 CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO**

*El solicitante o representante autorizado debe leer y firmar la siguiente certificación.*

**AVISOS**

**ADVERTENCIA:** cualquier persona que a sabiendas haga una reclamación o declaración falsa ante HUD puede ser objeto de sanciones civiles o penales de acuerdo con 18 U.S.C. 287, 1001 y 31 U.S.C. 3729.

**Notificación de captura y almacenamiento electrónico de datos:** el programa de RECONSTRUIR FLORIDA y sus subreceptores relacionados con usted y su hogar recogerán y mantendrán registros electrónicos para procesar su solicitud. Estos datos se mantendrán electrónicamente en bases de datos seguras. Las verificaciones de partes de la información que usted proporciona, o que obtenemos acerca de usted o su hogar pueden realizarse a través de los sistemas automatizados.

**Liberación de información:** su firma y la firma de cada uno de los miembros de su hogar que tenga 18 años de edad o más es requerida en el formulario de consentimiento y divulgación de información personal. La versión autoriza al programa RECONSTRUIR FLORIDA y a sus destinatarios secundarios a obtener información de parte de un tercero relacionada con su participación continua en el programa.

**CERTIFICACIONES DEL SOLICITANTE Y REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Al enviar esta solicitud, certifico que, de acuerdo a mi conocimiento y creencia, toda la información sobre o adjunta a esta solicitud es verdadera, correcta y completa a partir de la fecha en que se presenta la solicitud. Reconozco que estoy presentando esta solicitud de buena fe. Reconozco que toda tergiversación intencional o negligente contenida en la presente solicitud puede dar lugar a responsabilidad civil, incluyendo los daños monetarios, para cualquier persona que pueda sufrir alguna pérdida debido a la confianza en cualquier tergiversación hecha en la presente solicitud. Las penas adicionales pueden incluir sanciones penales, incluyendo, entre otras cosas, multas, penas de prisión o ambas. Cualquier información falsa o fraudulenta proporcionada en esta solicitud o que apoya la solicitud puede ser motivo para que el programa termine mi solicitud, niegue la elegibilidad o exija el reembolso de la totalidad o una parte de los fondos al programa de RECONSTRUIR FLORIDA. Entiendo que cualquier información que proporcione puede investigarse.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nombre del solicitante en letra imprenta \*

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firma del solicitante \*

\_\_\_\_\_

Fecha \*

**El Departamento de Oportunidad Económica de Florida (DEO)** no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, discapacidad o condición familiar y proporciona, previa solicitud, ajustes razonables, incluyendo ayudas y servicios auxiliares, que ofrecen a las personas que padecen discapacidad la misma oportunidad de participar en todos los servicios, programas y actividades. Con este fin, nos esforzamos continuamente para que nuestra plataforma web sea amigable con los lectores de pantalla y otros programas relacionados con la accesibilidad y proporcionar documentos accesibles siempre que sea posible. Toda persona que requiera asistencia, incluyendo las interpretaciones de idiomas o copias de un documento específico, debe ponerse en contacto con un socio del programa WRTP utilizando la información de contacto proporcionada en [www.RebuildFlorida.gov](http://www.RebuildFlorida.gov). Teléfono de texto (TTY por sus siglas en inglés) para hacer llamadas, por favor, utilice el relé 711.

**Programa financiado por el departamento de vivienda y desarrollo urbano de los Estados Unidos**

\* *Requerido*