

Desempleo para capacitación (TUI)



Fecha:

CID:

To apply for the TUI Program, follow these steps:

1. Complete la solicitud de Desempleo para capacitación:
Sección 1 debe completarse por el/la reclamante.
Sección 2 debe ser verificada y firmada por el/la representante de la institución de formación.
Cuando la aplicación este completa con la fecha y firmada entregue todas las secciones a la página web OED Contact Us en <https://oedcontactus.oregon.gov/hc/es/requests/new> o por fax al número: 503-947-1833
2. Comuníquese con la Unidad de Capacitación de Desempleo al 503-947-1800 or 800-436-6191 si tiene preguntas o necesita asistencia.
3. Usted debe continuar estando dispuesto(a), disponible, y activamente buscando trabajo hasta que su capacitación aprobada comience.
4. No completar la solicitud en su totalidad puede causar una demora o la negación de los beneficios del TUI.
5. Cualquier semana reclamada antes de la aprobación de esta solicitud está sujeta a adjudicación y posible negación de beneficios.

Comuníquese con el Centro de Programas Especiales al (503) 947-1800 o al (800) 436-6191 si tiene alguna pregunta relacionada con el Programa TUI

Nota: Para ser elegible para el desempleo, debe continuar estando dispuesto(a), disponible y activamente buscando trabajo hasta que el Centro de Programas Especiales le notifique que le han aprobado para el Programa del TUI.

WorkSource Oregon is an equal opportunity employer/program. Free auxiliary aids and services are available to individuals with disabilities, and free language assistance is available to persons with limited English proficiency.

WorkSource Oregon es un programa/empleador que respeta la igualdad de oportunidades. Ayudas auxiliares y servicios están disponibles gratuitamente para personas discapacitadas, y asistencia de idiomas está disponible gratuitamente para personas con inglés limitado.

Solicitud de capacitación y desempleo



1. Para ser completado por el/la solicitante

Apellidos:	Nombre:	Inicial:	SSN:
Dirección del/de la solicitante:(Calle o PO Box)			
Ciudad:	Estado:	C.P.:	
Correo electrónico:			

- A. Nombre de la instalación o institución de capacitación: _____
- B. Fecha en que comienza capacitación (mes/día/año): _____
- C. ¿Meta ocupacional para esta capacitación? _____
- D. ¿Su programa de instrucción tiene la intención de conducir a un título superior?? Sí No
1. Si responde sí, marque uno: Licenciatura Maestría Doctorado
2. ¿Cuántos créditos se necesitan para completar el programa? _____
- E. ¿Será usted estudiante de tiempo completo? Sí No

Please initial the following statements:

- ____ Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.
- ____ Entiendo que es posible que se me acaben los beneficios del seguro de desempleo antes de la fecha de finalización de mi capacitación. Estoy preparado financieramente para completar mi formación si esto ocurre.
- ____ Autorizo al Departamento de Empleo, a los proveedores de la ley WIOA Título 1-B y a los proveedores de capacitación a compartir la información necesaria para facilitar y administrar mi capacitación.
- ____ Entiendo que la elegibilidad para el TUI no es retroactiva para las semanas de asistencia a la escuela antes de la fecha de aprobación. La elegibilidad para el desempleo regular para cualquier semana antes de la aprobación requiere que una persona pueda trabajar, esté disponible para trabajar y busque trabajo activamente para esa semana.

Firma del/de la solicitante:	Fecha:
------------------------------	--------

WorkSource Oregon is an equal opportunity employer/program. Free auxiliary aids and services are available to individuals with disabilities, and free language assistance is available to persons with limited English proficiency.

WorkSource Oregon es un programa/empleador que respeta la igualdad de oportunidades. Ayudas auxiliares y servicios están disponibles gratuitamente para personas discapacitadas, y asistencia de idiomas está disponible gratuitamente para personas con inglés limitado.

2. Para ser verificado y completado por el personal de la escuela o centro de capacitación

La sección 2 debe completarse para que esta solicitud sea considerada. El enviar el formulario con información incompleta resultará en una demora o el rechazo de beneficios.

Nombre del centro de capacitación:		Número de teléfono:	
Dirección del/de la solicitante:(Calle o PO Box)			
Ciudad:	Estado:	C.P.:	
A. ¿En qué programa de instrucción está inscrito el / la solicitante?			
B. ¿Se considera al / a la solicitante un(a) estudiante de tiempo completo?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
C. ¿Número de horas de clase programadas semanalmente?			
D. ¿Su programa de instrucción tiene la intención de conducir a un título superior?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1. Si responde sí, marque uno: <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado			
2. ¿Cuántos créditos se necesitan para completar el programa?			
E. ¿Tienen el / la solicitante la capacidad para completar el programa?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F. ¿Cuáles son las fechas de capacitación? (mes/día/año)			
De: _____	Para: _____	De: _____	Para: _____
De: _____	Para: _____	De: _____	Para: _____
De: _____	Para: _____	De: _____	Para: _____
De: _____	Para: _____	De: _____	Para: _____

Certifico que la información de la sección 2 es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Representante Autorizado de Instalaciones de Capacitación (Impreso):	Título de la posición:
Representante Autorizado de Instalaciones de Capacitación:	Fecha:

Espacio para cualquier información adicional que el solicitante desee proporcionar.