|  |  |
| --- | --- |
| 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: fdfds |
| **Información del participante** f |
| Nombre del participante:fsdffds | 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 [ ]  NoSi 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:      |