

## VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE ENTRENAMIENTO

Para poder determinar la elegibilidad potencial para el programa de Beneficios de Entrenamiento de California (CTB, por sus siglas en inglés), mientras que esté en entrenamiento, la siguiente información de participante de programa inscrito mencionado a continuación, debe ser proporcionada, al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés), después de que el participante asista al entrenamiento. Al completar, firmar y presentar este formulario, el participante está solicitando para el programa de CTB.

**Este formulario es para que sea completado por el representante que autorizó el Entrenamiento Aprobado del Director del EDD y deber ser firmado por el participante. Favor de completarlo en línea o de completarlo a mano usando tinta negra o azul (todas las copias deben ser legibles).**

### PARA SER COMPLETADO POR UN REPRESENTANTE DE PROGRAMA AUTORIZADO

#### A. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ N° de S S:    -   -

Número telefónico de contacto del participante durante las horas de escuela o entrenamiento: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Título Ocupacional Actual del Participante: \_\_\_\_\_ O\*NET-SOC: \_\_\_\_\_

Título Ocupacional de Entrenamiento del Participante: \_\_\_\_\_ O\*NET-SOC: \_\_\_\_\_

#### B. INFORMACIÓN DE ENTRENAMIENTO

Nombre de Contacto en la Instalación: \_\_\_\_\_

Nuevo Programa de Entrenamiento  Formulario Presentado de Nuevo con Correcciones Solicitadas  Modificaciones al Entrenamiento Eligible CTB

Nombre de Instalación de Entrenamiento: \_\_\_\_\_ Número Telefónico del Contacto: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de Instalación de Entrenamiento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fecha que Comenzó el Entrenamiento:   /   /    Fecha que Termina el Entrenamiento:   /   /

Días y Horas de Asistencia a la Escuela: \_\_\_\_\_

Fechas de vacaciones/periodos de descanso de escuela durante el periodo de entrenamiento aprobado: \_\_\_\_\_

Vacaciones de Verano: ¿Asistirá el participante a la escuela o entrenamiento durante los meses de junio, julio, y agosto?

Sí  No  No aplica

Si contestó no, ingrese las fechas de sesión/semestre de verano de la instalación de entrenamiento:

Fecha que comienza:   /   /    Fecha que termina:   /   /

Existe una promesa definitiva de empleo o requisito de afiliación del sindicato/unión laboral para el participante después de que se complete el entrenamiento, proporcione detalles en la parte de **Comentarios e Información Adicional** al dorso de este formulario.

#### C. INFORMACIÓN DE PROGRAMA

Programa que Autoriza Entrenamiento Aprobado del Director: \_\_\_\_\_ Fecha que solicitó el participante para este programa: \_\_\_\_\_

WIA  ETP  TRA  CalWORKs

/   /

Representante de Programa: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Número de Contacto: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Recibe el participante fondos discrecionales pagados por el programa de entrenamiento como se estipula en la Sección E?  Sí  No

Si contestó sí, marque la casilla en la Sección E, aconseje al participante de firmar la renuncia como condición de elegibilidad de CTB e indique el propósito de la compensación y la cantidad pagada: \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE DE PROGRAMA AUTORIZADO

**Yo certifico que la información anterior es verídica y correcta y la autorización y la renuncia (si aplica) fue firmada y fechada por la persona que está solicitando. La copia original de este formulario de Verificación de Inscripción de Entrenamiento esta disponible para la inspección del EDD a petición y será parte del expediente del caso.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de Programa Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha Verificada

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Título

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Número de Contacto

Código LWIA

Un fax o una fotocopia del formulario de Verificación de Inscripción de Entrenamiento se consideran tan válidos como el original. La información Personal transmitida via FAX (una red pública) posiblemente no es protegida contra acceso no autorizado durante la transmisión.

**PARA SER COMPLETADO POR EL PARTICIPANTE DE ENTRENAMIENTO**

Nº de SS del Participante:    -   -

Lea el documento anexo, *Derechos y Responsabilidades para la Verificación de Inscripción de Entrenamiento* antes de firmar este formulario dado que la asistencia a la escuela puede afectar su elegibilidad para los pagos del Seguro de Desempleo a menos que Ud. sea aprobado para el programa de CTB. El formulario completado y firmado autoriza al programa patrocinador de enviar al EDD su información de inscripción de entrenamiento y su petición para una decisión de elegibilidad en programa de CTB. Es su responsabilidad de revisar y verificar toda la información de participante estipulada en la Secciones A y B en la parte del frente de este formulario.

Después de que este formulario sea procesado por el EDD, se le notificará por correo si Ud. es elegible para el programa de CTB o si se debe tomar otras acciones necesarias. Los pagos del Seguro de Desempleo no pueden pagarse hasta que se determine que Ud. es elegible y se reciba su formulario de solicitud de beneficios continuos.

**AUTORIZACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE ENTRENAMIENTO Y RENUNCIA A FONDOS**

D.  **Marque esta casilla si ha recibido y leído los Derechos y Responsabilidades para la Verificación de Inscripción de Entrenamiento**

Yo por la presente solicito una decisión de elegibilidad para el programa de CTB conforme al Artículo 1.5 del Código de Seguro de Desempleo de California (CUIC, por sus siglas en inglés) y autorizo a \_\_\_\_\_, el representante  
(Nombre del Representante de Entrenamiento Autorizado)  
designado del programa \_\_\_\_\_ de proporcionar mi información de entrenamiento al  
(Programa que Autoriza)

EDD de mi parte. Comprendo que los pagos del Seguro de Desempleo son pagables bajo el programa de CTB solamente mientras asisto al entrenamiento aprobado y de otra manera soy elegible para pagos del Seguro de Desempleo. Comprendo que autorizo al EDD a hacer una determinación de elegibilidad basada en la información proporcionada en este formulario y que potencialmente puede ser negada mi aprobación para el programa de CTB si de otra manera no soy elegible para beneficios. Comprendo que si se niega la aprobación en el programa de CTB, se me puede programar una cita telefónica de elegibilidad para determinar mi disponibilidad para trabajar mientras asisto a la escuela o entrenando.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

E.  **Renuncia a Fondos Discrecionales Requerida.** Si esta casilla es marcada, Ud. debe renunciar a recibir fondos discrecionales completando la certificación a continuación para ser elegible para el programa de CTB.

Yo elijo renunciar a recibir los fondos discrecionales \_\_\_\_\_ mientras recibo beneficios del  
Seguro de Desempleo bajo el programa de CTB. (Programa que Autoriza)

La Sección 1273 de CUIC prohíbe la elegibilidad en el programa CTB a los solicitantes de beneficios que reciben beneficios de entrenamiento o reentrenamiento, subvenciones, o estipendios que son para uso discrecional y no destinado como compensación directa o indirecta para cuotas de inscripción, libros, útiles, y transporte.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

**COMENTARIOS E INFORMACION ADICIONAL**

Introduzca cualquier detalle adicional que posiblemente necesite saber el Seguro de Desempleo sobre el entrenamiento (ejemplos; horario/calendario de escuela adicional, información de vacaciones o descansos) o información relevante después de la información de entrenamiento.

**AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:** Esta divulgación de información de entrenamiento es voluntaria. Este aviso es para el uso único del destinatario intencionado. Contiene información confidencial. Conforme al Código Penal 502 y al Código Civil 1798.53, cualquier revisado no autorizado, uso, divulgación o distribución del contenido de este documento esta prohibido y sujeto a pena criminal/multa.