



2021 Summer Youth Employment Program (SYEP) Application

Orleans County Job Development Agency



¿Qué quiere decir elegible?

- Los solicitantes deben residir en el Condado de Orleans y entre 14 y 20 años 14 and 20 Y
- Ingreso familiar dentro del rango de elegibilidad. Ver tabla.
- Solicitantes bajo custodia tutelar o en hogares que reciban asistencia en efectivo, Medicaid, HEAP, SSI, y SNAP son elegibles automáticamente.



¿Cuándo hay que entregar la solicitud?

Se dará prioridad para las colocaciones de trabajo a las solicitudes recibidas antes del 30 de abril. Las solicitudes recibidas después del 30 de abril se aceptarán de forma continua hasta el 31 de mayo o hasta que se hayan llenado todos los lugares.

Tamaño de familia	Ingreso Anual
1	\$25,760
2	\$34,840
3	\$43,920
4	\$53,000
5	\$62,080
6	\$71,160
7	\$80,240
8	\$89,320



¿A dónde envío mi solicitud?

Orleans County Job Development Agency
14016 Route 31 West
Albion, NY 14411
O al número de Fax 585-589-2795



¿Con quién me comunico si tengo más preguntas?

Peter Anderson @ 585-589-2822 o E-mail: OCSYEP@orleansny.com
Texto: 716-387-4081 Visita la página web: Orleansny.com/jobdevelopment



¿Qué sucede después?

Si parece ser elegible para el programa, el consejero juvenil o un asistente del programa se comunicará con usted para programar su entrevista. Si es menor de 18 años, un padre o tutor DEBE firmar su solicitud y asistir a la entrevista con usted.

Presentar una solicitud completa no garantiza la selección para el programa o la ubicación en el lugar de trabajo.

A proud partner of the



Orleans County Job Development Agency Summer Youth Employment Program (SYEP)

Lista de documentos requeridos para la entrevista de elegibilidad

****** Cualquier solicitante menor de 18 años debe tener un padre / tutor que asista a la entrevista.

1. Documentos de ingresos—Tendrá que marcar uno de estos y tener los documentos enlistados:

Solicitantes de 14 a 20 años quienes viven bajo custodia tutelar, o en familias recibiendo asistencia en efectivo o **Medicaid, HEAP, SSE y SNAP** están elegibles automáticamente.

ó

Si usted no tiene ningún de estos documentos, vamos a necesitar prueba de **TODOS** los ingresos familiares de las ultimas 26 semanas (6 Meses). **Puediendo incluir:**

- o Empleo -El talón de pago mas reciente con el acumulado anual a la fecha (1 talón de pago)
- o Copia de tarjeta de seguro social, carta de adjudicación o estado de cuenta del banco que muestre el depósito
- o Estado de cuenta de la pensión por jubilación, cheque o estado de cuenta del banco
- o Seguro de desempleo -Historia de pago o carta de determinación (imprimir)
- o Copia de cheque de apoyo o pensión alimenticia infantil, una nota firmada del padre que paga que declara el total o una letra de la Unidad de Cobranza Legal
- o Declaración de auto-empleo mostrando sus ingresos y gastos.

Y

Documentos de identificación — Mostrados abajo:

<p><u>Uno De los siguientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Certificado de Nacimiento o Licencia de conducir o permiso de Principiante o Se pueden usar Permiso de trabajo si no tiene los otros documentos. <div style="text-align: center;">  <p>o</p>  <p>o</p>  </div>	<p><u>Uno de los siguientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Certificado de Nacimiento o Pasaporte o Asistencia Publica/ Estampillas de comida <div style="text-align: center;">  <p>o</p>  <p>o</p>  </div>	<p><u>Y tarjeta de Seguro Social firmado</u></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p><u>Y una photo de ID:</u> Licencia de conducir, tarjet de Benefit, ID de escuela. <i>el ano actual debe estar en la tarjeta</i> (ex 2013-14), Aguacil ID, Safe Kids Card</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p><u>Y Licencia de Trabajo Original</u> (si es menor de 18) Y por favor anote si necesita un permiso para el verano</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p><u>Y servicio selectivo</u> Necesario para varons de 18 anos y mayor www.sss.gov</p>			<p><u>Y la Boleta de Calificaciones</u> mas reciente</p> <div style="text-align: center;">  </div>

SOLICITUD DE SERVICIOS TANF PARA JÓVENES

Los datos que solicitamos en este formulario son necesarios para determinar si puede recibir servicios del programa federal de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Todo solicitante menor de 21 años de edad puede usar este formulario como solicitud de servicios.

SECCIÓN UNO

A. Datos del solicitante

1. Nombre del Solicitante: _____

Domicilio: _____
(calle) (número de apartamento)

_____ (ciudad) (Estado) (código postal)

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
(mes, día, año)

Número de Teléfono: _____

SECCIÓN DOS: Ciudadanía estadounidense / Otra ciudadanía

A. ¿Es usted ciudadano(a) estadounidense?

- Sí.** Si respondió «Sí», **pase a** la sección tres.
- No.** Si la respuesta es «No», conteste el apartado B.

B. Si usted (el joven solicitante) no es un ciudadano estadounidense, consulte la sección titulada «Lista de estados migratorios» en las páginas 5 y 6, e indique su estado migratorio. Escriba el número que corresponde a su estado migratorio y suministre los siguientes datos:

Seleccione el estado migratorio (del 1 al 15) según corresponda: _____

Formulario de inmigración: _____

Número de Tarjeta de Extranjero: _____

Fecha de admisión a Estados Unidos: _____

SECCIÓN TRES: Ingresos de los miembros de familia

A. ¿Recibe usted (el joven solicitante) actualmente beneficios de alguno de los programas indicados a continuación?

- Sí,** marque el / los programa(s) y **pase a** la Sección Cuatro

ASISTENCIA PARA FAMILIAS SAFETY NET	MEDICAID	SNAP	HEAP	SSI

- No,** conteste la parte B, en la página 2.

B. Si no recibe ninguno de los programas indicados arriba, infórmenos sobre los ingresos de los miembros de la familia.

Indique el ingreso bruto (ingreso antes de todas las deducciones, inclusive los impuestos) de cada miembro de familia que vive con usted. Los miembros de familia son: madre, padre, madrastra, padrastro, hermanos, hermanas (inclusive los hermanastros / hermanastras) menores de 18 años de edad (o 18 años de edad y que estén en la escuela secundaria) y los padres de estos hermanos / hermanas. Si usted tiene un niño propio, incluya al niño, los hermanos y hermanas y padres del niño. No incluya a los miembros de familia que no viven con usted. No incluya a los abuelos, los tíos y las tías. No incluya a sus padres o hermanos / hermanas. Si está casado(a) incluya a su cónyuge.

Indique todo tipo de ingreso bruto que recibe, tales como: salarios, beneficios de seguridad social, asistencia pública, sustento de menores, pensión alimenticia, etc., inclusive todo tipo de ingreso que los miembros de familia reciban regularmente. No tiene que incluir el ingreso trabajado (salario) que usted recibe o que reciben los miembros de familia menores de 18 años de edad (o de 18 años de edad y que asistan a la escuela secundaria); aunque si tiene que indicar el ingreso no salarial.

	NOMBRE	FUENTE DE INGRESO: SALARIO, SEGURO SOCIAL, etc.	CANTIDAD	CADA CUANTO SE RECIBE (Marque uno)		
				Anualmente	Mensualmente	Semanalmente
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

SECCIÓN CUATRO: Aviso y firma del solicitante

Es posible que se le pida a la persona que firma esta solicitud, que compruebe parcial o totalmente los datos que usted suministra. Si decidimos hacerlo, le indicaremos cómo comprobar los datos suministrados.

Se pide el número de seguro social de toda persona que solicita o recibe los servicios de fondos federales TANF, según lo dispone la ley federal Sección 409(a)(4) de la Ley del Seguro Social, y el Reglamento 45 CFR 264.10. El número de seguro social se usa para hacer un emparejamiento de datos, con el fin de comprobar que usted recibe beneficios de otros programas (por ejemplo, del programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, SNAP), como también para verificar los datos suministrados en la solicitud, o verificar su estado migratorio.

Si usted no está de acuerdo con la decisión que tomemos sobre su solicitud de servicios TANF, puede solicitar que el supervisor de la persona que tomó la primera decisión, examine su solicitud de certificación.

Al firmar este documento, yo juro, so pena de perjurio, que los datos que he suministrado son verdaderos, según mi leal saber y entender, y estoy dispuesto(a) a cooperar con toda acción destinada a verificar esos datos.

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el solicitante: _____

Si el / la solicitante vive con los padres, el padre o el pariente adulto a cargo del cuidado, debe firmar esta solicitud para que se considere completa. El comisionado del departamento de servicios sociales, o el representante, debe firmar a favor de los niños en cuidado de crianza.

Orleans Youth Employment Program

Evaluación Inicial

Nombre de cliente: _____

Grupo étnico/raza:	<input type="checkbox"/> Blanco(a)	<input type="checkbox"/> Negro(a)	<input type="checkbox"/> Hispano(a) or Latino(a)
	<input type="checkbox"/> Indígena americano(a) o nativo(a) de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático(a)	<input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái u otra isla de Pacifico <input type="checkbox"/> Otro(a)

Nota: Las preguntas de grupo étnico y raza son voluntarias. La información es confidencial y solo se utilizara para llevar registros y para requisitos de acción afirmativa. No se te penalizara si no desea responder.

¿Alguna vez ha sido arrestado? Si No

Si aplica, por favor explicar en detalle: _____

Hombres de 18 años o más: ¿Está escrito en el Servicio Selectivo del Ejército de los EEUU?? Si No Si no, registrarse en sss.gov

EDUCACIÓN:

Escuela Secundaria: _____ Grado ____ Cuenta con IEP 504 AIS Programa Vocacional _____

¿Tine un diploma de escuela secundario o un GED/TASC?? Si No

HABILIDADES Y INTERSESES Describir sus habilidades que ha adquirido en su trabajo, en su casa, o en su tiempo libre.

Describir servicios realizados como voluntario y/o en su comunidad: _____

¿Qué tipo de trabajo prefiere?

Oficina	Ventas	Fabricación y Ensamble	Programas de Recreativos
Mantenimiento exterior	Servicio de alimentación	Guardería	Centro para Adultos/Jóvenes Discapacitados
Mantenimiento interior	Asilos	Hotelería	Otro _____

Interés Profesional

¿De cuáles de los siguientes trabajos de alta demanda está interesado en obtener más información?

Fabricación Avanzada HVAC Soldadura Óptica Mecanizado Mecánico
 Cuidado de la salud Asistente de salud Auxiliar de enfermería certificado (CNA) Enfermera práctica licenciada(LPN)
 Enfermera registrada(RN) Agricultura Conducción de camiones Comenzando su propio negocio

Si pudieras tener un trabajo ahora mismo, ¿cuál sería? _____

¿Qué trabajo quieres dentro de 5 años? _____ ¿Por que? _____

TRANSPORTE: ¿Como llegaría a su trabajo o cita? Bicicleta Padres Automóviles Propio Transporte Público Caminar

¿Tienes una licencia de conducir? Si No Si no, ¿tiene un permiso de aprendiz? Si No

HISTORIAL DE EMPLEO: (Vea Currículo Adjunto)

Cargo _____	Empleador _____
Dirección _____	Salarios \$ _____
Ciudad _____	Estado _____ País, si no EEUU _____
Fecha de Inicio ____/____/____	Fecha Final ____/____/____ Motivo de Salida _____
Tareas laborales _____	





County of Orleans
Job Development Agency
14016 Route 31 West
Albion, NY 14411
585-589-2772
585-589-2795 – Fax

PROGRAMA DE EMPLEO JUVENIL

Formulario de divulgación de información de la agencia

Por la presente autorizo / autorizamos la divulgación de información a o por parte de la Agencia de Desarrollo Laboral del Condado de Orleans con las agencias enumeradas a continuación para determinar la elegibilidad y proporcionar Servicios de Administración de Casos completos y adecuados. Entiendo / entendemos que el comunicado permitirá comunicaciones en los intervalos necesarios. Entiendo / entendemos que este comunicado se actualizará anualmente y que puedo revocarlo en cualquier momento con una notificación por escrito. Además, yo / nosotros entendemos que yo / nosotros podemos tachar cualquier agencia que no deseemos compartir información con la Agencia de Desarrollo Laboral del Condado de Orleans.

AGENCIAS

- Distrito escolar del solicitante
- Orleans County Mental Health
- Orleans County Probation
- NYS One Stop Operating System Database
- NYS Department of Labor
- NYS Career Zone
- Orleans County Dept. of Social Services
- Orleans County Dept. of Health
- GED/TASC Class
- Lugar de trabajo del solicitante y el supervisor
- Literacy Volunteers of Genesee/Orleans County
- Orleans Niagara BOCES
- Orleans County Sheriff's Office & Jail
- Orleans County Youth Bureau
- Catholic Charities of Tri-Counties
- Mobile Mental Health team
- GCASA
- ACCESS/VR
- Upward Bound
- Orleans County Sheriff's office and Jail
- Los jóvenes universitarios pueden estar asistiendo
- Otra: _____

Nombre del Joven (Letra Molde)

Firma del Joven

Firma del Padre o Tutor (si el joven es menor de 18 años)

Fecha

LIBERACIÓN FOTOGRÁFICA

Yo / Damos permiso para que mi foto sea tomada en prácticas laborales, excursiones y talleres o en otras actividades patrocinadas por la Agencia de Desarrollo Laboral del Condado de Orleans como parte del Programa de Empleo Juvenil. Estas fotos pueden publicarse en el periódico, publicarse o usarse en informes y publicaciones / sitio web del departamento o del GLOW Workforce Investment Board y es posible que no reciba una compensación monetaria.

Nombre del Joven (Letra Molde)

Firma del Joven

Firma del Padre o Tutor (si el joven es menor de 18 años)

Fecha



County of Orleans
Job Development Agency
14016 Route 31 West
Albion, NY 14411
585-589-2772
585-589-2795 – Fax

PROGRAMA DE EMPLEO JUVENIL
Acuerdo de participación

I, _____
(IMPRIMIR NOMBRE DEL PARTICIPANTE)

Aceptar participar en el Programa de Empleo de Desarrollo Laboral Juvenil total y comprender que el propósito del programa es ayudarme a desarrollar las habilidades que necesitaré para tener éxito en la escuela y el trabajo.

Como participante, haré lo siguiente:

1. Respetarme a mí mismo, a mis compañeros de trabajo, supervisores y al personal de desarrollo laboral.
2. Tener asistencia perfecta para el trabajo y / o actividades del aula.
3. Organizar mi propio transporte hacia y desde las actividades del salón de clases y mi lugar de trabajo.
4. Use ropa adecuada para las actividades previas al empleo, el empleo y el aula.
5. Entender que, antes de comenzar mi asignación de trabajo, tendré que completar una solicitud, asistir a una entrevista / cita de elegibilidad y asistir a una orientación.
6. Llevar una copia legible de mi certificado de nacimiento, tarjeta de seguro social e identificación con foto a mi cita de elegibilidad y prueba de ingresos si es necesario.
7. Entender que habrá actividades obligatorias de enriquecimiento en el aula a las que tendré que asistir y completar antes de que pueda comenzar mi asignación de trabajo.
8. Entiendo que mi firma en este documento constituye un acuerdo entre la Agencia de Desarrollo Laboral del Condado de Orleans y yo.
9. Entiendo que yo, mi empleador o mi proveedor de educación pueden ser contactados durante y hasta un año después de mi inscripción activa en el Programa de Empleo Juvenil del Condado de Orleans para recopilar información sobre los términos y condiciones de mi empleo y estado laboral.

Firma del Joven: _____

Firma del Padre o Tutor: _____

Fecha : _____



ORLEANS COUNTY JOB DEVELOPMENT AGENCY

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

INSTRUCCIONES Este cuestionario debe ser completado y firmado por un padre o tutor antes de inscribirse en el Programa de Empleo Juvenil de la persona que se indica a continuación. No devolver este formulario completo a la oficina de la Agencia de Desarrollo Laboral del Condado de Orleans retrasará el inicio de la asignación de empleo de su hijo / dependiente. Gracias por su cooperación.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

Fecha del último examen físico _____

Médico de atención primaria _____

¿Su hijo / dependiente está cubierto por un seguro médico? Si _____ No _____

En caso afirmativo, quién es el suscriptor, el nombre del seguro y el número de contrato

¿Alguna vez su hijo / dependiente ha sido tratado o ha tenido síntomas de los siguientes:

	<u>SI</u>	<u>NO</u>		<u>SI</u>	<u>NO</u>
Problemas cardíacos	_____	_____	Mareos / desmayos	_____	_____
Problemas respiratorios	_____	_____	Presión arterial alta	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	Dolores de cabeza frecuentes	_____	_____
Lesiones de cabeza / cuello	_____	_____	Problemas de visión	_____	_____
Hernia	_____	_____	Epilepsia	_____	_____
Lesiones de espalda	_____	_____	Trastornos de la piel	_____	_____
Fiebre reumática	_____	_____	Trastorno del sistema nervioso	_____	_____
Fiebre escarlata	_____	_____	Resfriados frecuentes/dolor de garganta	_____	_____
Anemia	_____	_____	Pérdida de la audición	_____	_____
Asma o alergias	_____	_____	Alcoholismo / adicción a las drogas	_____	_____
Diabetes	_____	_____			

¿Ha tenido su hijo / dependiente alguna vez una operación? SI _____ NO _____

En caso afirmativo, explique y proporcione las fechas: _____

¿Su hijo / dependiente ha sufrido alguna vez una lesión anterior? SI _____ NO _____

En caso afirmativo, describa la naturaleza de la lesión y enumere las fechas: _____



¿Su hijo / dependiente está tomando medicamentos recetados? _____ Si _____ No

En caso afirmativo, enumere los medicamentos y las instrucciones especiales si es necesario administrarlos durante las horas de trabajo. _____

¿Existe algún problema físico, mental o médico conocido que impida o limite el trabajo de su hijo / dependiente en nuestro Programa de Empleo Juvenil? _____ Si _____ No

En caso afirmativo, describa y explique qué adaptaciones serían necesarias: _____

¿Da su permiso para recibir asistencia médica en el lugar de trabajo o en un hospital, si su hijo / dependiente necesita atención médica en su lugar de trabajo? _____ Si _____ No

Proporcione los números de contacto a los que se le pueda localizar durante la jornada laboral en caso de una emergencia.

Nombre de la madre / tutor

Nombre del padre / tutor

Teléfono de casa

Teléfono del trabajo

Teléfono de casa

Teléfono del trabajo

Teléfono móvil

Teléfono móvil

SI UN PADRE / TUTOR NO PUEDE SER ALCANZADO, CONTACTE:

Nombre y parentesco

Nombre y parentesco

Teléfono de casa

Teléfono del trabajo

Teléfono de casa

Teléfono del trabajo

Teléfono móvil

Teléfono móvil

Mi firma a continuación certifica que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Doy mi permiso para que mi hijo / dependiente sea tratado por enfermedades / lesiones sufridas en relación con su participación como Empleado Juvenil para la Agencia de Desarrollo Laboral del Condado de Orleans. También doy permiso para que mi hijo / dependiente sea transportado por un consejero, supervisor del lugar de trabajo o un miembro del personal de la Agencia de Desarrollo Laboral, o una ambulancia en caso de una emergencia.



Firma aquí: _____

Firma del padre o tutor

Fecha

