FORMA 511 – REGISTRO SERVICIO DE EMPLEO – (COMPLETE LAS AREAS SIN SOMPREAR SOLAMENTE – USE LETA DE MOLDE)
DSE-511 (Rev.1/2014)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE	(M.I.)	APELLIDOS

Número de Teléfono	Número Teléfono Alterno	Número TTY	Número de Celular
( ) -	( ) -	( ) -	( ) -

Dirección Residencial (Incluyendo No. Atp.)	Ciudad	Estado	Zona Postal (Incluya Ext. 4 Dígitos)
		PR	

Dirección Postal (Si es Diferente de la Residencial)	Ciudad	Estado	Zona Postal (Incluya Ext. 4 Dígitos)
		PR	

Correo Electrónico

Método Preferido de Notificación: ☐ Email ☐ Correo Reg. ☐ Teléfono

Género
☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento		
Mes	Día	Año

Grupo Etnico: Hispano o Latino ☐ SI ☐ NO

Raza (Seleccione las que Apliquen): ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro Americano ☐ Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico ☐ Blanco

Ciudadanía: ☐ Ciudadano ☐ No, Autorizado a Trabajar ☐ No, No Autorizado a Trabajar

NUMERO REGISTRO EXTRANJERO

Sirvio en lo Militar (US) ☐ SI ☐ NO

Status de Empleo
☐ Empleado
☐ Desempleado
☐ Empleado pero recibí notificación de despido o separación militar

Persona con Incapacidad:
☐ **No** ☐ **Si**

EDUCACION: Status (Marque Uno)
☐ En la Escuela ☐ Fuera de la Escuela

Nivel de Educación (indiqueu el nivel más alto):
☐ Grado completado _____
☐ Certificado de Asistencia ☐ Diploma H.S. ☐ GED
☐ Grado Vocacional ☐ Grado Asociado ☐ Bachillerato
☐ Maestría ☐ Doctorado
☐ Otro Grado Post-Graduado

Miembro Activo en Transición: (TSM)
☐ No ☐ TSM Servicio Activo en 12 meses.
☐ TSM Servicio Activo en 24 meses
☐ Cónyuge de TSM Servicio Activo en 12 meses
☐ Cónyuge de TSM Servicio Activo en 24 meses
Fecha Proyectada de Separación - Si Aplica:
_____

Trabajador Agrícola:
☐ Estacional
☐ Migrante
☐ Procesador de Alimentos Migrante

STATUS DE VETERANO:

Tipo de Baja: ☐ Honorable ☐ Deshonorable ☐ Otra

Rama: ☐ Army ☐ Navy ☐ Air Force ☐ Marines ☐ Coast Guard

Fechas de Servicio: Desde ____/____/_____ Hasta _____/_____/_____

Discapacitado: ☐ No ☐ Sí ☐ Sí, Discapacitado Especial
Es usted (1) cónyuge de un veterano totalmente discapacitado o fallecido cuya discapacidad o muerte esta o estaba conectada con el servicio, o (2) de un miembro en servicio muerto o perdido en accion ☐ Sí ☐ No

Veterano u Otra Persona Elegible:
☐ No Veterano ☐ Persona Elegible – no veterano ☐ Veterano <= 180 días
☐ Veterano – Insignia de Campaña ☐ Veterano – No Insignia de Campaña

Veterano Separado Reciente:
☐ No ☐ 36 Meses

Veterano Discapacitado
☐ No ☐ Si ☐ Veterano Especial Discapacitado

Homeless Vet:
☐ No ☐ Yes

Dislocated Worker Status:
☐ Yes
☐ No

USO OFICINA LOCAL	Reclamante de UI	Área de Desarrollo Local
	☐ Sí ☐ No	

State Use	Fecha de Registro	Interestatal	Código Asistencia Especial:
		☐ Sí ☐ No	

Salario:
Salario Mínimo que Aceptaría: $ por ☐ Hora ☐ Día ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual

Disponibilidad de Turnos: (puede marcar más de uno)
☐ Primero Turno ☐ Segundo Turno ☐ Tercer Turno ☐ Rotativo ☐ Dividido

Semana de Trabajo (marque una): ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Cualquiera de las Anteriores

Tipo de Ocupación Deseada: **Años de Experiencia:**

¿Tiene Transportación Confiable?
☐ Sí ☐ No

Distancia Dispuesta a Viajar (ida): (en millas)
☐ 5 ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 60 ☐ 100 ☐ **100+**

Licencias, Certificados, o Designaciones Profesionales y Fechas Obtenidas:

Licencia de Guiar: ☐ Conductor ☐ Chofer ☐ Camión Ligero ☐ Vehículo Pesado [Tipo 1, Tipo 2, Tipo 3, Tipo 4) ☐ Motocicleta

Endosos: ☐ Tanquero ☐ Pasajeros ☐ Dobles/Triples ☐ Materiales Peligrosos

Restricciones: ☐ Frenos de Aire ☐ Autobús Escolar ☐ No Autobús ☐ No Arrastre

(FAVOR DE CONTINUAR EN LA PROXIMA PAGINA)

HISTORAL DE EMPLEO – INDIQUE AQUÍ SU EMPLEO MAS RECIENTE (INCLUYENDO SERVICIO MILITAR)

MAS RECIENTE Nombre del Patrono	Fecha Comenzó a Trabajar	Fecha Terminó de Trabajar
Título del Puesto	Salario $ per ☐ Hora ☐ Día ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual	
Razón para Abandonar el Trabajo: (marque una): ☐ cesantía ☐ renuncia ☐ despido ☐ aun empleado ☐ otro		
Tareas del Puesto:		

Nombre del Patrono	Fecha Comenzó a Trabajar	Fecha Terminó de Trabajar
Título del Puesto	Salario $ per ☐ Hora ☐ Día ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual	
Razón para Abandonar el Trabajo: (marque una): ☐ cesantía ☐ renuncia ☐ despido ☐ aun empleado ☐ otro		
Tareas del Puesto:		

Nombre del patrono	Fecha Comenzó a Trabajar	Fecha Terminó de Trabajar
Título del Puesto	Salario $ per ☐ Hora ☐ Día ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual	
Razón para Abandonar el Trabajo: (marque una): ☐ cesantía ☐ renuncia ☐ despido ☐ aun empleado ☐ otro		
Tareas del Puesto:		

Servicios de Intercambio Laboral:

- ☐ **Consejería de Carreras – Individual**
- ☐ **Consejería de Carreras**
- ☐ **Plan Desarrollo de Empleabilidad**
- ☐ **Club Búsqueda de Empleo**
- ☐ **Asistencia Preparación de Resume**
- ☐ **Referido a WIA**
- ☐ **Referido a Adiestramiento Federal**
- ☐ **Referido a Servicios Educacionales**
- ☐ **Algunos Servicios Reportables**
- ☐ **Notificación Igualdad de Oportunidades**
- ☐ **Seguimiento – Algunos Servicios Reportables – DVOP-LVER Solamente**
- ☐ **Colocado en Adiestramiento Federal**
- ☐ **Falló en Responder a un Call-In**
- ☐ **Registrado en Programa TAP**
- ☐ **Asistió Taller de TAP**
- ☐ **Recibió Servicios de VA**
- ☐ **Consejería de Carreras – Grupal**
- ☐ **Servicios de RES Mejorados**
- ☐ **Entrevista de Evaluación**
- ☐ **Planificación Búsqueda de Empleo**
- ☐ **Provisión de Información del Mercado Laboral**
- ☐ **Referido Servicios de Sostén**
- ☐ **Referido a Adiestramiento Estatal o Local**
- ☐ **Contacto Desarrollo de Empleo**
- ☐ **Federal Bond Program (FBP)**
- ☐ **Programa Revisión de Elegibilidad (ERP)**
- ☐ **Colocado en Adiestramiento (WIA)**
- ☐ **Colocado en Adiestramiento Estatal o Local**
- ☐ **Servicios Intensivos - DVOP/LVER Solamente**
- ☐ **Recibió Servicios de TAP**
- ☐ **Completó TAP**

Pruebas:

- ☐ **GATB**
- ☐ **SATB**
- ☐ **BOLT**
- ☐ **USES Índice de Intereses**
- ☐ **Prueba de Proficiencia**
- ☐ **NATB**
- ☐ **BEAG**
- ☐ **Otras Pruebas**

Notas: