State of Arkansas
Department of
WORKFORCESERVICES
"America's Workforce Network"
www.arkansas.gov/esa
Post Office Box 2981 • Little Rock, AR 72203-2981

Mike Huckabee
Governor
Artee Williams
Director

Department of Workforce Services
and
Arkansas Workforce Investment Board Issuance PY 04-20, Change 1

From: Artee Williams, DWS Director
Sandra Winston, AWIB Executive Director

Date: March 7, 2006

Subject: Revised AJL Registration Forms, English and Spanish

1. **Purpose:** To issue revised versions of the AJL Registration Form, in English and in Spanish.

2. **Background:** The recently deployed release of AJL resulted in some changes to the questions asked in the registration process. Previous versions have been released formally through Issuance PY 04-20 and revised most recently through AJL Tip #25, 9/8/2005.

3. **Information:** The attached English and Spanish versions of the AJL Registration form and WIA Supplement are to be used as replacements for all other versions. Because they include the items that come up during the on-line registration process, they will be easier to follow when clients complete them before accessing AJL to enter their registrations or when paper forms have to be taken and keyed later. The main registration form, both in English and in Spanish, is designed to be printed FRONT and BACK on LEGAL paper. The WIA Supplement, both in English and Spanish, is designed to be a one-sided form on letter size paper. You may order the forms from Supply after mid-March. Supply will be in the process of moving and will not have an opportunity to stock the forms before then.

4. **Action Required:** Please begin using the 2/17/06 version of the AJL Registration Form and WIA Supplement. Previous versions of the forms are obsolete.

5. **For Additional Information:** Contact Jim Case (jim.case@arkansas.gov); Bert Pranter (bert.pranter@arkansas.gov); Rex Platt (rex.platt@arkansas.gov); Sandy Monaco (sandy.monaco@arkansas.gov); Carlos Lewis (carlos.lewis@arkansas.gov); or Tonisha Porter (tonisha.porter@arkansas.gov).

6. **Expiration:** Continuing

7. **Attachments:** AJL Registration Form and WIA Supplement, English and Spanish.

Nombre_____ **Número de Seguro Social** _____ **Fecha** _____

*Esta sección es **uso único del personal** y se usa para determinar la elegibilidad para varios programas.*

35. **Número de petición TAA aprobado:**	38. **ID 1 del proyecto NEG:**
36. **Número de petición NAFTA aprobado:**	39. **ID 2 del proyecto NEG:**
37. **ID de otro programa del 15% a nivel estatal:**	40. **ID 3 del proyecto NEG:**

41 **¿Recibe usted algún Subsidio PELL?** ☐Sí ☐No Si respondió Sí, diga la cantidad del Subsidio PELL por semestre: $	
42. **ID de cliente EES:**	**ID de cliente de otra agencia:**

43. **Personas de bajos ingresos**

☐Sí ☐No	Recibe o es miembro de una familia que recibe pagos en efectivo a través de un programa de asistencia pública de fondos federales, estatales o locales
☐Sí ☐No	Recibió un ingreso o es miembro de una familia que recibió un ingreso familiar total durante los seis meses anteriores a la solicitud al programa, que no excediera la línea de pobreza en relación con el tamaño de la familia
☐Sí ☐No	Recibió un ingreso o es miembro de una familia que recibió un ingreso familiar total durante los seis meses anteriores a la solicitud al programa, que no excediera el 70% del nivel estándar de vida de bajos ingresos (LLSIL) por un periodo equivalente, en relación con el tamaño de la familia
☐Sí ☐No	Miembro de un hogar que recibe estampillas para alimentos o que se ha determinado dentro de los seis meses anteriores a la solicitud al programa en cuestión, que es elegible para recibirlos
☐Sí ☐No	Individuo sin hogar
☐Sí ☐No	Discapacitado y sus ingresos propios cubren los requisitos de ingresos de un participante que recibe pagos en efectivo a través de programas de asistencia pública de fondos federales, estatales o locales
☐Sí ☐No	Discapacitado y los ingresos propios se han encontrado en la línea de pobreza durante los seis meses anteriores a la solicitud al programa en cuestión, sin importar si su familia no cubre este requisito de ingreso
☐Sí ☐No	Niño adoptivo
☐Sí ☐No	Está dentro del 5% de jóvenes participantes que reciben servicios de programas para la juventud en un área local que no cumplen con el criterio de ingresos para jóvenes elegibles

44. **Asistencia pública**

☐Sí ☐No	Ingresos de seguro complementario (SSI)	
☐Sí ☐No	Recibe TEA/TANF	Número de meses en Asistencia de dinero de TEA/TANF/AFDC:
☐Sí ☐No	Estampillas para alimentos	
☐Sí ☐No	Vivienda subsidiada	
☐Sí ☐No	Seguro Social por Discapacidad (SSDI)	
☐Sí ☐No	Otro tipo de asistencia (Por favor, especificar):	

45. **Necesidades y barreras**

☐Sí ☐No	Destrezas básicas deficientes	☐ Inglés ☐Matemáticas ☐Ambas
☐Sí ☐No	Competencia limitada en lengua inglesa	Si respondió Sí, idioma principal:
☐Sí ☐No	Deserción escolar	
☐Sí ☐No	Huyó de la casa	
☐Sí ☐No	Embarazada	
☐Sí ☐No	Adolescente con hijos	
☐Sí ☐No	Delincuente	
☐Sí ☐No	Requiere asistencia adicional para terminar un programa educativo	
☐Sí ☐No	Requiere asistencia adicional para asegurar y mantener un empleo	
☐Sí ☐No	Discapacidad del aprendizaje	
☐Sí ☐No	Historia laboral o perspectivas de trabajo deficientes	
☐Sí ☐No	Abuso de sustancias	
☐Sí ☐No	Trabajador mayor	
☐Sí ☐No	Cuidados infantiles	
☐Sí ☐No	Transporte	
☐Sí ☐No	Culturales, sociales o de aislamiento geográfico	
☐Sí ☐No	Otras barreras sociales:	

Name_____ Social Security Number_____ Date_____

*This section is for **staff use only** and is used to determine eligibility for various programs.*

35. **Approved TAA petition number:**	38. **NEG Project ID 1:**
36. **Approved NAFTA petition number:**	39. **NEG Project ID 2:**
37. **Other Statewide 15% Program ID:**	40. **NEG Project ID 3:**

41 **Are you a PELL Grant recipient?** ☐Yes ☐No If yes, PELL Grant amount per semester: $	
42. **EES Client ID:**	**Other Agency Client ID:**

43. **Low Income**

☐Yes ☐No	Receives or is a member of a family that receives cash payments under a federal, state, or local income based public assistance program
☐Yes ☐No	Received an income, or is a member of a family that received a total family income, for the six month period prior to application for the program involved that, in relation to family size, does not exceed the poverty line
☐Yes ☐No	Received an income, or is a member of a family that received a total family income, for the six month period prior to application for the program involved that, in relation to family size, does not exceed 70 percent of the lower living standard income level (LLSIL) for an equivalent period
☐Yes ☐No	Member of a household that receives, or has been determined within the six month period prior to application for the program involved to be eligible to receive, food stamps
☐Yes ☐No	Homeless individual
☐Yes ☐No	Disabled and own income meets the income requirements of a participant who receives cash payments under federal, state, or local income based public assistance programs
☐Yes ☐No	Disabled and own income is at the poverty line for a six month period prior to application for the program involved regardless of whether their family does not meet this income requirement
☐Yes ☐No	Foster child
☐Yes ☐No	Within the five percent of youth participants served by youth programs in a local area who do not meet the income criterion for eligible youth

44. **Public Assistance**

☐Yes ☐No	Supplemental Security Income (SSI)
☐Yes ☐No	TEA/TANF Recipient Number of Months on TEA/TANF/AFDC Cash Assistance:
☐Yes ☐No	Food Stamps
☐Yes ☐No	Subsidized housing
☐Yes ☐No	Social Security Disability (SSDI)
☐Yes ☐No	Other Assistance (Please specify):

45. **Needs and Barriers**

☐Yes ☐No	Basic skills deficient ☐ English ☐Math ☐Both
☐Yes ☐No	Limited English language proficiency If yes, primary language:
☐Yes ☐No	School dropout
☐Yes ☐No	Runaway
☐Yes ☐No	Pregnant
☐Yes ☐No	Parenting teen
☐Yes ☐No	Offender
☐Yes ☐No	Requiring additional assistance to complete an educational program
☐Yes ☐No	Requiring additional assistance to secure and hold employment
☐Yes ☐No	Learning disability
☐Yes ☐No	Poor work history or prospects
☐Yes ☐No	Substance abuse
☐Yes ☐No	Older worker
☐Yes ☐No	Child care
☐Yes ☐No	Transportation
☐Yes ☐No	Cultural, social or geographic isolation
☐Yes ☐No	Other social barriers:

REGISTRO EN EL CENTRO DE FUERZA LABORAL (WORKFORCE CENTER)

(Esta información será tratada como confidencial y sólo la usará el personal que provee los servicios)

1. **Número de seguro social:**	2. **Fecha:**

3. Primer Nombre | Segundo Nombre | Apellido

Dirección / Apartado Postal

Ciudad | Condado | ☐ ¿Urbano? ☐ ¿Rural? Estado: | Código postal:

5. Teléfono: | Número de Teléfono alterno: | Fax:

6. Correo electrónico:	7. Fecha de nacimiento:	8. Género: ☐ Masc. ☐ Fem.

9. ¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No	10. ¿Es usted soltero(a), separado(a), divorciado(a) o viudo(a) con una responsabilidad básica de una o más personas menores de 18 años de edad que dependan de usted? ☐ Sí ☐ No	11. ¿Número de personas en la familia? (Contándose usted):

12. **Raza: Marque todas las que apliquen** ☐ Blanco o Caucásico ☐ Asiático o Asiático Americano ☐ Negro o Afro-americano ☐ Hawaiano o de otra isla del Pacífico ☐ Indio americano o Esquimal ☐ Hispano o latino	13. **Nivel educativo**: ☐ Secundaria o menos, está asistiendo a ella, incluye ABE/ GED ☐ Escuela alternativa o está asistiendo a ella ☐ Escuela post-secundaria o está asistiendo a ella ☐ No asiste a la escuela o abandonó la secundaria ☐ No asiste a la escuela; ya se graduó de secundaria **Último grado completado**: _____	14. **¿Ha prestado usted servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?** ☐ Sí, 180 días o menos ☐ Sí, más de 180 días ☐ No **Si respondió Sí, responda las siguientes preguntas para *VETERANOS***

15. **Si respondió que usted es un *VETERANO*, por favor, responda las preguntas de esta sección 15.**

Elija su área de servicio:
☐ Fuerza Aérea de EE. UU.
☐ Ejército de EE. UU.
☐ Guardia costera de EE. UU.
☐ Marina de EE. UU.
☐ Armada de EE. UU.

Fecha de inicio en el servicio activo: | Fecha de terminación del servicio activo:

Tipo de salida: ☐ Honorable ☐ Otra ☐ Deshonrosa | ¿Es usted individuo sin hogar? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted parte del Programa de Asistencia de Transición? ☐ Sí ☐ No

¿Le dieron baja hace menos de 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Está usted dentro de los 24 meses de jubilación? ☐ Sí ☐ No

Tipo de veterano: ☐ Veterano ☐ de campaña

¿Tiene usted derecho a alguna compensación por una discapacidad adquirida mientras estaba en el servicio militar activo? ☐ Sí ☐ No

¿A usted le dieron de baja o lo retiraron del servicio militar activo debido a una discapacidad adquirida mientras se encontraba en el servicio militar activo? ☐ Sí ☐ No

¿Recibió usted una clasificación por la discapacidad que adquirió en el servicio militar activo que no le da derecho a ninguna compensación? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene usted derecho a una compensación por una discapacidad adquirida durante el servicio militar activo y tal discapacidad está estimada en un 30% o más? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido estimada su discapacidad en menos del 30% y ha sido usted clasificado por el Departamento de Asuntos de Veteranos como un "Veterano Discapacitado Especial" porque la discapacidad que usted adquirió mientras estaba en el servicio militar activo se considera un obstáculo serio para conseguir empleo? ☐ Sí ☐ No

¿En qué porcentaje está estimada su discapacidad actual por el Departamento de Asuntos de Veteranos? _____%

16. **¿Estuvo su cónyuge en las fuerzas militares?** ☐ Sí – responda las preguntas de la sección 16 ☐ No – omita la sección 16

¿Es usted el/la cónyuge de una persona que murió en el servicio militar activo o que tiene una discapacidad relacionada con el servicio militar? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted el/la cónyuge de un miembro de servicio de las Fuerzas Armadas que, al día de hoy, haya estado en una de las siguientes categorías por más de 90 días?
☐ Desaparecido en acción ☐ Detenido por la fuerza o recluído por un gobierno o poder extranjero ☐ Capturado en el cumplimiento de su deber ☐ No

¿Es usted el/la cónyuge de una persona que tiene una discapacidad total de naturaleza permanente que haya resultado de una discapacidad relacionada con el servicio militar? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted el/la cónyuge de un veterano que murió después de diagnosticarle una discapacidad total de naturaleza permanente que resultó de una discapacidad relacionada con el servicio militar? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted el/la cónyuge de un miembro del servicio militar de las Fuerzas Armadas que recibe los servicios de transición antes de su retiro o baja del servicio militar? ☐ Sí ☐ No

17. **¿Es usted un trabajador agrícola emigrante por temporadas?** ☐ Sí ☐ No **Si respondió Sí, por favor, responda las siguientes preguntas:**

¿Trabajó usted al menos 25 días en oficios agrícolas de temporadas durante el año pasado? ☐ Sí ☐ No
¿Trabajo usted en una planta procesadora de alimentos por temporadas y como emigrante durante el año pasado? ☐ Sí ☐ No
¿Más de la mitad de sus ingresos del año pasado los obtuvo de trabajar en la agricultura? ☐ Sí ☐ No
¿Trabajó usted para más de un empleador agrícola? ☐ Sí ☐ No
¿Podía usted regresar a su casa todos los días cuando trabajó en la agricultura? ☐ Sí ☐ No
¿Es usted un estudiante de tiempo completo que viajó con un grupo distinto a su familia para trabajar en la agricultura? ☐ Sí ☐ No

18. **Estatus de empleo:** ☐ Empleado ☐ No empleado ☐ Empleado, pero con notificación de terminación o separación del servicio militar **Número de semanas desempleado durante las últimas 26 semanas:** _____	19. **Elija su condición de trabajador interestatal**: ☐ Vivo en otro estado pero busco trabajo en Arkansas ☐ Vivo en Arkansas pero busco trabajo en otro estado ☐ Vivo en Arkansas y busco trabajo en Arkansas ☐ Vivo en Arkansas y busco trabajo en Arkansas y otros estados ☐ Vivo en otro estado y busco trabajo en otro estado	20. **Seguro Estatal de Desempleo** ☐ Solicitante al estado ☐ Solicitante federal o militar ☐ Solicitante de beneficios extendidos ☐ Solicitante de TRA ☐ Beneficios del UI agotados ☐ No soy solicitante

21. **¿Se ha inscrito usted en el Servicio Selectivo?** ☐ Sí ☐ No ☐ Exento	22. **Ciudadanía**: ☐ Ciudadano americano ☐ No-ciudadano no elegible para trabajar en Estados Unidos ☐ No-ciudadano elegible para trabajar en Estados Unidos Número de certificado de extranjería _____ Número de formulario del INS _____	23. ¿Tiene usted una licencia de conducir válida? ☐ Sí ☐ No Clase: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ Aprobación _____

24. **Si usted respondió en la sección 18 que *NO ESTÁ EMPLEADO* o que se ha terminado su empleo o que ha recibido una notificación de que se terminará su empleo, por favor, responda las preguntas de la sección 24.**

Por favor, elija UNA opción que mejor describa su situación:

☐ ¿Ha sido despedido a recibió una carta de despido de su empleador como resultado de una reducción en el esfuerzo laboral de empleados?
☐ ¿Ha sido despedido a recibió una carta de despido de su empleador como resultado de un cierre permanente o despido mayor?
☐ ¿Es usted empleado de un empleador que ha hecho un anuncio general de que el establecimiento cerrará dentro del 180 días?
☐ ¿Es usted empleado de un empleador que ha hecho un anuncio general de que cerrará el establecimiento sin dar una fecha específica?
☐ ¿Trabajaba usted por su cuenta y ahora está desempleado debido a las condiciones económicas generales o un desastre natural de la comunidad en la que usted vive?
☐ ¿Es usted un ama(o) de casa desplazada? Ama de casa desplazada es una persona que dependía, en manutención de un miembro de la familia cual manutención

WORKFORCE CENTER REGISTRATION

(This information will be treated as confidential and used only by staff providing services.)

1. **Social Security Number:**	2. **Date:**

3. First Name	Middle Name	Last Name

4. Street Address or P. O. Box

City	County	☐ Urban? ☐ Rural?	State	Zip

5. Telephone:	Alternate Phone #	Fax:

6. E-mail Address:	7. Date of Birth:	8. Gender: ☐ Male ☐ Female

9. **Do you have a disability?** ☐ Yes ☐ No	10. **Are you a single, separated, divorced or widowed individual with primary responsibility for one or more dependents under the age of 18?** ☐ Yes ☐ No	11. **Number in family (counting self):**

12. **Race: Check all that apply** ☐ White or Caucasian ☐ Asian or Asian American ☐ Black or African American ☐ Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ American Indian or Eskimo ☐ Hispanic or Latino	13. **Education status:** ☐ In-school, high school or less, include ABE/ GED ☐ In-school, alternative school ☐ In-school, post-high school ☐ Not attending school or high school dropout ☐ Not attending school; high school graduate **Highest Grade completed:** _____	14. **Have you served on active duty with the U.S. Armed Forces?** ☐ Yes, 180 days or less ☐ Yes, more than 180 days ☐ No **If Yes, answer *VETERAN* questions, below**

15. **If you answered that you are a *VETERAN*, please answer the questions in this section 15.**

Select your branch of service: ☐ US Air Force ☐ US Army ☐ US Coast Guard ☐ US Marine ☐ US Navy	Active duty start date: Active duty end date:	
	Type of Discharge: ☐ Honorable ☐ Other ☐ Dishonorable	Are you homeless? ☐ Yes ☐ No
	Are you a participant in the Transition Assistance Program? ☐ Yes ☐ No	
	Are you within 12 months of discharge? ☐ Yes ☐ No	
	Are you within 24 months of retirement? ☐ Yes ☐ No	
	Veteran Type: ☐ Veteran ☐ Campaign	

Are you entitled to compensation for a disability incurred while on active military duty?	☐ Yes ☐ No
Were you discharged or released from active military duty because of a disability incurred while on active military duty ?	☐ Yes ☐ No
Have you received a rating for a disability incurred while on active military duty that is not entitled to compensation?	☐ Yes ☐ No
Are you entitled for compensation for a disability incurred while on active military duty and disability is rated at 30% or more?	☐ Yes ☐ No
Has your disability been rated at less than 30%, and has the Department of Veterans Affairs classified you as a "Special Disabled Veteran" because the disability you incurred while on active military duty is considered a serious barrier to employment?	☐ Yes ☐ No
What is your current disability rating from the Department of Veteran Affairs? _____%	

16. **Was your spouse in the military?** ☐ Yes - answer the questions below in section 16 ☐ No - skip this section 16

Are you the spouse of any person who died on active military duty or military service connected disability?	☐ Yes ☐ No
Are you the spouse of any member of the Armed Forces service who, at this time, has been in any one or more of the following categories for more than 90 days? ☐ Missing in action ☐ Captured in the line of duty	☐ Forcibly detained or interned by a foreign government or power ☐ No
Are you the spouse of a person who has a total disability permanent in nature resulting from a military service-connected disability?	☐ Yes ☐ No
Are you the spouse of a veteran who died while diagnosed with a total disability permanent in nature resulting from a military service-connected disability?	☐ Yes ☐ No
Are you the spouse of a military service member of the armed forces who is receiving transitional services prior to retirement or discharge from military service?	☐ Yes ☐ No

17. **Are you a seasonal farm worker or migrant farm worker?** ☐ Yes ☐ No **If Yes, please answer the following questions:**

Did you work at least 25 days in an seasonal agricultural jobs during the past year?	☐ Yes ☐ No
Did you work in a food processing plant on a seasonal and migrant basis during the past year?	☐ Yes ☐ No
Was more than one-half of your past year's income earned by working in agriculture?	☐ Yes ☐ No
Did you work for more than one agricultural employer?	☐ Yes ☐ No
Were you able to return home every day you worked in agriculture?	☐ Yes ☐ No
Are you a full-time student who traveled with a group other than your family to work in agriculture?	☐ Yes ☐ No

18. **Employment Status:** ☐ Employed ☐ Not employed ☐ Employed, but with notice of termination or military separation **Number of weeks not employed during the last 26 weeks:** _____	19. **Select your interstate worker status:** ☐ Live in another state but looking for work in AR ☐ Live in AR but looking for work in another state ☐ Live in AR and looking for work in AR ☐ Live in AR and looking for work in AR and other states ☐ Live in another state and looking for work in another state	20. **State Unemployment Insurance** ☐ State claimant ☐ Federal or military claimant ☐ Extended benefits claimant ☐ TRA claimant ☐ Exhausted UI benefits ☐ Not a claimant
21. **Are you registered with Selective Service?** ☐ Yes ☐ No ☐ Exempt	22. **Citizenship:** ☐ U.S. Citizen ☐ Non-citizen not eligible to work in U.S ☐ Non-Citizen eligible to work in U.S. Alien Cert Number _____ INS Form Number _____	23. Do you have a valid driver's license? ☐ Yes ☐ No Class: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ Endorsement_____

24. **If you answered in section 18 that you are *NOT EMPLOYED* or you have been laid off or you have received notice that you will be laid off, please answer the following questions in this section 24.**

Please select the ONE that best describes your situation:

☐ Have you been laid off or received a notice of layoff from your employer as a result of a reduction in the employer's workforce?

☐ Have you been laid off or received a notice of layoff from your employer as a result of a permanent closing or major layoff?

Name_____ Social Security Number_____ Date_____

26. If you were terminated or laid off (dislocated) from your last job, or if you are unemployed due to a natural disaster, please answer the questions in this section 26.	27. If you were terminated or laid off (dislocated) from your last job, please answer the questions in this section 27.
Please enter the date of termination, layoff or disaster_____ (mm/dd/yyyy)	Are you likely to return to your previous occupation or industry? Yes ☐ No ☐
From what industry were you dislocated?_____	Have you received information that you are eligible for unemployment benefits or that you have exhausted your unemployment benefits? Yes ☐ No ☐
What was your occupation (job) at the time of your dislocation?_____	Have you received information that you are not eligible for unemployment benefits due to a lack of sufficient earnings or that you performed services for an employer not covered by unemployment insurance? Yes ☐ No ☐
Number of months at employer of dislocation:_____	
Hourly wage at dislocation ($0.00):_____	

28. To what extent do you want your job registration (résumé) to be seen by employers?
- ☐ Search Only – Never Display (No public display of the résumé; allows job seeker and staff to search for matching job listings)
- ☐ No Confidential Information (Display all information except phone and fax numbers and address)
- ☐ Full Display (Full distribution, full disclosure of all résumé information)

29. Do you want employers to be able to see your work history in order to match their jobs against it? ☐ Yes ☐ No

30. **Work History:** To finish registering, please enter your most recent work history as you would like for it to appear on your résumé. Registration will begin once this process has been completed. If you do not add a work history or provide information on the type of work you are looking for, your registration with job service will not be completed. YOU WILL NOT BE REGISTERED WITH JOB SERVICE AND WE WILL NOT BE ABLE TO PROVIDE STAFF-ASSISTED JOB PLACEMENT SERVICES. If you have any questions, please contact your local Arkansas Workforce Center or Department of Workforce Services office.

Company Name:	Supervisor or Contact Person & Phone Number:
Company City: State:	Description and duties of the job:
Job Title:	
From (mo/yr): To (mo/yr):	

The above information will appear on your résumé.(Check here ☐ to leave it off.)The information below will not be on your résumé, but we will use it to serve you better.

Wage: $_____ per ☐Hour ☐Year ☐Other_____	Hours Per Week:	Reason for leaving: ☐ Quit ☐Fired ☐Layoff ☐Labor dispute ☐Other_____

Do you want to search for work like this job description? ☐ Yes ☐No

Company Name:	Supervisor or Contact Person & Phone Number:
Company City: State:	Description and duties of the job:
Job Title:	
From (mo/yr): To (mo/yr):	

The above information will appear on your résumé.(Check here ☐ to leave it off.)The information below will not be on your résumé, but we will use it to serve you better.

Wage: $_____ per ☐Hour ☐Year ☐Other_____	Hours Per Week:	Reason for leaving: ☐ Quit ☐Fired ☐Layoff ☐Labor dispute ☐Other_____

Do you want to search for work like this job description? ☐ Yes ☐No

Company Name:	Supervisor or Contact Person & Phone Number:
Company City: State:	Description and duties of the job:
Job Title:	
From (mo/yr): To (mo/yr):	

The above information will appear on your résumé.(Check here ☐ to leave it off.)The information below will not be on your résumé, but we will use it to serve you better.

Wage: $_____ per ☐Hour ☐Year ☐Other_____	Hours Per Week:	Reason for leaving: ☐ Quit ☐Fired ☐Layoff ☐Labor dispute ☐Other _____

Do you want to search for work like this job description? ☐ Yes ☐No

Nombre _____ Número de seguro social: _____ Fecha _____

26. Si le cancelaron su último empleo o le despidieron (suspendieron), o si usted está desempleado debido a un desastre natural, por favor, responda las preguntas de la sección 26.	27. Si le cancelaron su último empleo o le despidieron (suspendieron), por favor, responda las preguntas de la sección 27.
. favor, anote la fecha de terminación, despido o del desastre _____ (mes/día/año)	¿Hay probabilidad de que usted regrese a su oficio o actividad anterior? Sí ☐ No ☐
¿De qué tipo de industria fue usted suspendido? _____	¿Ha recibido usted información de que es elegible para recibir beneficios de desempleo o de que ya ha consumido sus beneficios de desempleo? Sí ☐ No ☐
¿Cuál era su oficio (puesto) en el momento de la suspensión?_____	
Número de meses con el empleador de la suspensión:_____	¿Ha recibido usted información de que no es elegible para recibir beneficios de desempleo debido a la falta de ingresos suficientes o que usted trabajó para un empleador que no estaba amparado por un seguro de desempleo? Sí ☐ No ☐
Salario por horas en el lugar de la suspensión ($0.00):_____	

28. ¿Hasta donde quiere usted que los empleadores vean su registro de trabajos (currículo)?
- ☐ Sólo para búsqueda – Que nunca se muestre (No sea publico el currículo; le permite a quien busca trabajo y al personal buscar para encontrar coincidencias en los listados de trabajos)
- ☐ Información no confidencial (Se muestra toda la información, excepto los números telefónicos y de fax y su dirección)
- ☐ Mostrar todo (distribución completa, divulgación completa de toda la información de su currículo)

29. ¿Quiere usted que los empleadores puedan ver su historial laboral para ver si sus trabajos coinciden con los registrados? ☐ Sí ☐ No

30. **Historia laboral:** Para terminar su inscripción, por favor, anote su historia laboral más reciente como le gustaría que aparezca en su currículo. El registro comenzará una vez que haya terminado este procedimiento. Si usted no agrega la historia laboral o si no provee información sobre el tipo de trabajo que está buscando, no estará completa su inscripción en *Servicio de Empleo*. USTED NO SERÁ INSCRITO EN SERVICIO DE EMPLEOS Y NO PODREMOS PROVEERLE LOS SERVICIOS DE COLOCACIÓN LABORAL CON AYUDA DE NUESTRO PERSONAL. Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con el Centro de Fuerza Laboral de Arkansas local o con la oficina del Departamento de Servicios Laborales.

Nombre de la compañía:	Supervisor o persona a contactar y número telefónico:
Ciudad donde está compañía: Estado:	Descripción y deberes de su trabajo:
Cargo:	
De (mes/año): A (mes/año):	
La información anterior aparecerá en su currículo. (Marque aquí ☐ para que no aparezca.) La información que sigue no será incluida en su currículo, pero nosotros la usaremos para prestarle un mejor servicio.	
Sueldo: $_____ por ☐Hora ☐Año ☐Otro_____ / Horas trabajadas por semana:	Causa de la salida: ☐ Renuncia ☐Despido☐Cese ☐ Conflicto laboral☐Otro_____

¿Desea buscar un trabajo como el de esta descripción? ☐ Sí ☐No

Nombre de la compañía:	Supervisor o persona a contactar y número telefónico:
Ciudad donde está la compañía: Estado:	Descripción y deberes de su trabajo:
Cargo:	
De (mes/año): A (mes/año):	
La información anterior aparecerá en su currículo. (Marque aquí ☐ para que no aparezca.) La información que sigue no será incluida en su currículo, pero nosotros la usaremos para prestarle un mejor servicio.	
Sueldo: $_____ por ☐Hora ☐Año ☐Otro_____ / Horas trabajadas por semana:	Causa de la salida: ☐ Renuncia ☐Despido☐Cese ☐ Conflicto laboral☐Otro_____

¿Desea buscar un trabajo como el de esta descripción? ☐ Sí ☐No

Nombre de la compañía:	Supervisor o persona a contactar y número telefónico:
Ciudad donde está la compañía: Estado:	Descripción y deberes de su trabajo:
Cargo:	
De (mes/año): A (mes/año):	
La información anterior aparecerá en su currículo. (Marque aquí ☐ para que no aparezca.) La información que sigue no será incluida en su currículo, pero nosotros la usaremos para prestarle un mejor servicio.	
Sueldo: $_____ por ☐Hora ☐Año ☐Otro_____ / Horas trabajadas por semana:	Causa de la salida: ☐ Renuncia ☐Despido☐Cese ☐ Conflicto laboral☐Otro_____

¿Desea buscar un trabajo como el de esta descripción? ☐ Sí ☐No