|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Solicitud para el Registro de Proveedores de Servicios de Adiestramiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Nombre de la Institución u Organización: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Dirección Física: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| * Dirección Postal: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| * Teléfonos: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Fax: | | | |  | | |
| * E-mail: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Número Seguro Social Patronal: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| * Número Póliza Fondo Seguro del Estado: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| * Nombre del Dueño o Junta de Directores de Institución u Organización: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Nombre de la Persona que dirige la Institución u Organización (Director, Rector o Decano) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Estructura Organizacional (Incluya Organigrama): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Describa de manera breve la estructura, propiedades y equipo de la Institución. En caso de que las propiedades, estructura y equipo sea rentadas, incluya copia de los contrato de arrendamiento, planos y descripción de las facilidades por áreas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a. Estructura: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| b. Propiedades: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| c. Equipo: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Tiempo que lleva operando en Puerto Rico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Menos de un (1) año  1-5 años  6-10 años  11-15 años  16 años en adelante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * ¿Ha tenido contratos de adiestramiento o proyectos con fondos federales o estatales? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Federales:  Sí  No Estatales  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Mencione las experiencias previas con otras Agencias Federales, Estatales y Municipios durante los últimos años: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Entidad | | | | | | | | | | | Tipo Programa | | | | | Participantes | | | | | | | Año |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |
| * ¿Se le ha cancelado algún contrato?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * De contestar afirmativamente, explique la razón: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Identifique las acreditaciones y certificaciones que posee para operar la Institución y ofrecer adiestramientos o cursos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Qué tipo de ayudas económicas estatales o federales recibe actualmente la Institución? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Pell Grant  Veteranos  Rehabilitación Vocacional  Stanford | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | WIOA  Otra (Especifique): | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| * Indique bajo que calendario opera la Institución: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Semestrales  Trimestrales  Cuatrimestres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Otros/Especifique: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * ¿Tiene la Institución una oficina de Colocaciones?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Persona Contacto: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Posición: | |  | | | | | | | | | | | | | Teléfono: | | | | |  | | | |
| * Persona Contacto encargada de la Propuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Persona Contacto: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Posición: | | |  | | | | | | | | | | Teléfono: | | | | |  | | | | | |
| * Persona que firmará el Contrato entre la Institución y el Área Local | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Nombre: |  | | | | | | | | | | | | | | | Estado Civil: | | | | | |  | |
|  | Título/Posición: | | | | |  | | | | | | | | | Vecino de: | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre del Representante Autorizado |  | Firma |
|  |  |  |
| Título o Posición |  | Fecha |
|  |  |  |