**FORMULARIO DE PROPUESTAS PARA ACTIVIDADES DE Base en el Trabajo (Works- Based Training-WBT por sus siglas en inglés) a saber; Programa de Aprendizaje Registrado, Adiestramiento en el Empleo, Adiestramiento a la Medida, Readiestramiento, Mejoramiento, Adiestramiento para Trabajadores Incumbentes, Internado en el Sector Privado, entre otros.**

|  |  |
| --- | --- |
| ACTIVIDAD PROGRAMÁTICA | |
| Experiencia de Trabajo  **En el Sector Público**  **En el Sector Privado**  Adiestramiento en el Empleo **(OJT)**  Adiestramiento a la Medida **(CT)** | Programa Combinado **(CP)**  Readiestramiento **(R)**  Internado en el Sector Privado **(ISP)**  Aprendizaje Registrado **(OJL)**  Otra: |

1. **Información General**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nombre de la Entidad: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Teléfonos: | |  | | | | | | | | | | | |  |  |
| Correo Electrónico: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Dirección Física: | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Dirección Postal: | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Servicios que presta y/o productos que elaboran: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Nombre del Dueño/ Presidente o Funcionario Autorizado: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto que Ocupa: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. Número de personas empleadas actualmente: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 1. Indique tiempo que lleva Operando su negocio en la ubicación actual: | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 1. Descripción de Facilidades Físicas: | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Días Festivos: | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Horario de la Agencia o Empresa: | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 1. Tipo de Entidad Colaboradora: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Institución Privada  Institución Pública  **Estatal**  **Federal**  **Municipal** | | | | | | | | | | | | Sin Fines de Lucro  Organización Comunal **(CBO)**  Otra **(Especifique)**: | | | |
| 1. Número Seguro Social Patronal: | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 1. Número Póliza del Fondo del Seguro: del Estado: | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 1. Número Seguro por Desempleo: | | | | | | |  | | | | | | | | |

1. **Datos Sobre la Actividad:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Justificación de la Necesidad del Proyecto: | | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 1. Número de Participantes Solicitados: | |  | |
| 1. Lugar donde la empresa recibirá a todos los Participantes el Primer Día: | | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 1. Descripción del Proceso de Supervisión de los Participantes: | | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 1. Total, de Horas Semanales por Participante: | | |  |
| 1. Modo de Pago a Participantes:   **Semanal**   **Bisemanal**  **Quincenal**  **Mensual** | | | |
| 1. Horario de los Participantes Semanales: ***(Indicar horario específico)*** | | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 1. Describa cómo se integrará el proceso de aprendizaje de los participantes en las Actividades de Empleo: | | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |

1. **Descripción por Ocupación:**
2. **Requisitos por Ocupación:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocupación** | **Código O-Net** | **Requisitos** |
|  |  |  |

1. **Descripción del adiestramiento por Ocupación:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocupación y Tareas del Participante** | **Destrezas SCANS a Desarrollar** | **Horas Diarias** |
|  |  |  |

1. **Desglose de Ubicación:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar Exacto de la Ubicación del Participante (Worksite) | Nombre del Supervisor Inmediato del Participante y titulo puesto | Número de Participante Por Lugar de  Ubicación | Ocupación del Participante | Horario de Trabajo del Participante |
|  |  |  |  |  |

1. **Descripción del Presupuesto Solicitado por Ocupación:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OCUPACIÓN** | **NÚM. PART** | **SALARIO INICIAL** | **HORAS ADIESTRA-MIENTO** | **TOTAL HORAS** | **COSTO PROMEDIO** | **COSTO**  **W.I.O.A.** | **COSTO PATRONAL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALES:** |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Resumen del Costo del Adiestramiento:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SALARIO A PARTICIPANTES** | **APORTACIÓN PATRONAL** | **APORTACIÓN**  **W.I.O.A.** | **COSTO**  **TOTAL** |
| 1. O.J.T. |  |  |  |
| 2. E.T. |  |  |  |
| 3. READIESTRAMIENTO OCUPACIONAL |  |  |  |
| 4. INTERNADO SECTOR PRIVADO |  |  |  |
| 5. ADIESTRAMIENTO A LA MEDIDA |  |  |  |
| B. SERVICIOS PROFESIONALES |  |  |  |
| C. MATERIALES |  |  |  |
| D. EQUIPO |  |  |  |
| E. HERRAMIENTAS |  |  |  |
| F. SERVICIOS AUXILIARES |  |  |  |
| G. OTROS GASTOS |  |  |  |
| **TOTALES:** |  |  |  |

1. **Experiencia Previa:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ¿Ha tenido experiencia con Programas de Adiestramiento para Empleo, bajo la Ley W.I.O.A.?   Si  No | | |
| 1. De contestar **SI** especificar donde: | |  |
|  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Persona que Firmará el Contrato entre la Empresa/ Agencia y el Área Local: | | | | |
| **Nombre:** | |  | | |
| **Puesto:** |  | | | |
| **Estado Civil:** | | | |  |
| **Vecino de:** | | |  | |

|  |
| --- |
|  |
| **Firma del Representante Autorizado de la Entidad** |
|  |
| Fecha |

***Nota Aclaratoria: En el caso (vía excepción) de que el patrono nos refiera un cliente a nuestro Centro de Gestión Única/American Jobs Center, deberá referirlo en el horario de 8:30 am a 2:30 pm.***