

ESCUELA CULINARIA PROMISE JOBS APLICACION PARA ESTUDIANTES

Por favor llene este formulario de manera completa y de manera precisa. La información suministrada en este formulario será utilizada para entender mejor la necesidad de cada estudiante. Toda la información se mantendrá confidencial.

Una cuota de inscripción no reembolsable de \$25.00 dólares se necesita el entregar esta aplicación.*

Fecha (día de hoy): _____

Nombre(s) y Apellido(s): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mes/día/año)

Numero de Seguro Social #: _____ (adjunte una copia de la tarjeta de seguro social)

Dirección de residencia actual: _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono: _____ **¿A quien contactamos para dejar un mensaje?** _____

Dirección de correo electrónico: _____

EDUCACION

Nombre del instituto de enseñanza secundaria asistido _____

Nivel más alto terminado _____

Universidad, Colegio o Instituto profesional _____

(Nombre y años asistidos)

Cualquier otro tipo de entrenamiento especial recibido _____

HISTORIAL LABORAL

Por favor provéanos con información sobre sus tres (3) últimos trabajos, empezando con el más reciente. Tenga en cuenta que haber trabajado en la industria de servicios culinarios no es un requisito para admisión a este programa.

1. Empleador (Nombre de la compañía) _____

Fechas de empleo: _____

Dirección _____

Teléfono _____

Supervisor _____ **¿Cuál era su función?** _____

Motivo de despedida _____

2. Empleador (Nombre de la compañía) _____

Fechas de empleo: _____

Dirección _____

* Es posible descontar esta tarifa en casos especiales y cuando sea absolutamente necesario

Teléfono _____
Supervisor _____ ¿Cuál era su función? _____

Motivo de despedida _____

3. Empleador (Nombre de la compañía) _____
Fechas de empleo: _____
Dirección _____
Teléfono _____
Supervisor _____ ¿Cuál era su función? _____
Motivo de despedida _____

¿Ha tenido usted alguna experiencia en la industria de servicios culinarios que no haya sido listada arriba? Si esto es así, por favor de los detalles en esta línea abajo

OTRA INFORMACION

Ingresos familiares en los últimos seis (6) meses (incluya los parientes suyos que vivan y compartan su sitio de residencia):

\$ _____ Número de personas en su familia: _____

¿Es usted un veterano? Si No Fechas de servicio: _____

¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? Si No
(Si no lo es, incluya el número de sus documentos de residencia)

¿Actualmente se encuentra usted recibiendo?:

Seguro de desempleo Si No

Asistencia monetaria para comida Si No

Asistencia Social (Welfare) Si No

(Incluya el # _____)

Otra asistencia gubernamental (de los detalles) _____

Es usted un cliente de:

División de la rehabilitación vocacional

Seguro de desempleo

Servicios para la comunidad de empleos

Cualquier otro (de los detalles por favor) _____

Actualmente tiene usted: ¿Una licencia valida de conducción? Si No
(Si tiene una licencia adjunte una fotocopia)

¿Un carro para ir a trabajar? Si No

Nombre, apellido, dirección y teléfono de una persona que podamos contactar en caso de emergencia:

Por favor díganos por que usted esta interesado en volverse un estudiante de las artes culinarias_____

Lea lo siguiente con mucha atención antes de firmar esta aplicación:

Yo estoy conciente y certifico que la información dada en esta aplicación esta correcta y precisa por medio de mi mejor entendimiento.

Fecha: _____ **Firma del usuario:** _____

Atención: Promise Jobs es un programa de Elijah's Promise. Elijah's Promise es una empresa no lucrativa que ofrece igualdad de oportunidad de empleo.

PROMISE JOBS
PROGRAMA DE APRENDIZAJE DE LAS ARTES CULINARIAS
SOLICITUD PARA AYUDA DE FONDOS MONETARIOS
(FINANCIAL AID ELIGIBILITY FORM)

Por favor llene este formulario de manera completa y con precisión. Este formulario se usara para determinar si usted es elegible para asistencia monetaria o becas y para que nosotros le podamos ayudar de mayor manera posible.

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Fecha (día de hoy): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mes/día/año)

Numero de Seguro Social: _____

Dirección de residencia actual: _____

Numero de Teléfono: _____ ¿Con Quien le podemos dejar un mensaje?: _____

INFORMACION DE LOS INGRESOS

Ingresos brutos durante el año pasado \$ _____
(Por favor adjunte una copia del formulario de la Hacienda pública (IRS) o una copia de la W2 para el año mas reciente)

Ingresos brutos para los tres meses previos \$ _____
(Por favor adjunte copias de los boletillos de pago)

Tamaño de su familia _____
(Numero de personas que viven con usted o el número de personas cuales usted apoya financieramente)

Cualquier otra fuente de ingresos:	valor \$ _____	clase de fuente _____
(Incluya el ingreso monetario de otros miembros familiares que residan con usted)	valor \$ _____	clase de fuente _____
	valor \$ _____	clase de fuente _____

GASTOS DE SUSTENCIA

Por favor escriba sus gastos mensuales para los siguientes:

Arriendo/Hipoteca	\$ _____	Cuidado infantil	\$ _____
Utilidades (agua, luz, teléfono, etc.)	\$ _____	Transportación	\$ _____
Asistencia medica	\$ _____		
Abastecimientos para el hogar /Comida	\$ _____		
Cualquier otra cosa (total)	\$ _____		

(explique en detalle) _____

Lee lo siguiente antes de firmar este formulario:

Yo estoy conciente y certifico que la información dada en esta aplicación esta correcta y precisa por medio de mi mejor entendimiento.

Fecha: _____ Firma del usuario: _____

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA (FOR OFFICE USE ONLY)

Fecha de revisión _____
(Date of Review)

Es elegible para: Beca completa (full scholarship)

(Elegible for)

Beca Parcial \$ _____
(Partial Scholarship)

Otra clase de ayuda _____

* Es posible descontar esta tarifa en casos especiales y cuando sea absolutamente necesario

Referencias
(Referece Sheet

TODA INFORMACION EN ESTE FORMULARIO ESTA SUJETA A UNA INVESTIGACION

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S): _____

SE LE REQUIERE A USTED QUE PROVEA LOS NOMBRES DE TRES (3) DIFERENTES AMIGOS O PARIENTES CUYO LUGAR DE RESIDENCIA NO SEA EL MISMO QUE EL SUYO, Y LOS CUALES PODAMOS CONTACTAR CUANDO SEA NECESARIO. POR FAVOR SOLAMENTE PONGA EN LA LISTA LAS PERSONAS QUE SABRAN DONDE SE ENCONTRARA USTED EN LOS SIGUIENTES 6-12 MESES.

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Número de teléfono.: _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Número de teléfono.: _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Número de teléfono.: _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

* Es posible descontar esta tarifa en casos especiales y cuando sea absolutamente necesario