

## 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)  
(Eligible 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