

**COLORADO**

Office of Economic Security

Division of Economic & Workforce Support

**COLORADO EMPLOYMENT FIRST -
EVALUACIÓN INTEGRAL**

Por favor, responda todas las siguientes preguntas tan completamente como sea posible. La información que proporcione es confidencial y se utilizará para ayudarle a desarrollar su Plan Individualizado de Servicios de Employment First.

Nombre	SSN: (últimos4)	Número de caso 1B	Fecha de Nacimiento:
Dirección			Teléfono:
Dirección Postal (si es diferente de la anterior):			Correo Electrónico:

INFORMACIÓN PERSONAL Por favor complete las secciones siguientes		SOLO PARA USO DEL PERSONAL Verificación recibida / Recurso proporcionado
EMPLEO		
¿Está empleado(a) actualmente (incluido trabajo por cuenta propia)? ☐Sí ☐No Si respondió SÍ, por favor indique: Completo / Medio Tiempo Temporal Trabajo Diario Fecha de inicio _____ Tipo de trabajo: _____ # Horas por semana: _____ Salario por hora: _____ Nombre de la empresa: _____ Teléfono: _____	Si respondió NO, proporcione el mes y año de su último empleo: Mes: _____ Año: _____ ¿Está buscando trabajo actualmente? ☐No ☐Sí	
¿Está en una suspensión temporal y espera volver a trabajar en un plazo de 60 días? ☐Sí ☐No		
¿Está registrado en un centro de empleo o en Connecting Colorado? ☐Sí ☐No ¿Está trabajando con otra agencia para encontrar empleo? ☐Sí ☐No Si respondió SÍ, por favor indique: Nombre de la agencia: _____ Tipo de asistencia: _____ Persona de contacto: _____		
BENEFICIOS		



Marque los beneficios que está recibiendo o solicitando actualmente: UI (Seguro de Desempleo) TANF (CO Works o Preservación Familiar) AND (Ayuda a Personas Necesitadas con SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad) Discapacidad) Discapacidad para Veteranos CRSP (Servicios para Refugiados de Medicaid Colorado) FA (Asistencia Alimentaria)		
EDUCACIÓN		
¿Está actualmente en la escuela? ☐ Sí ☐ No Si respondió SÍ, cual es el nombre de la escuela o programa: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ Días y horas de clases: _____ ¿Ha completado alguna capacitación adicional? Si respondió SÍ, descríbala: _____ Grado más alto que completó: _____ ¿Está interesado en continuar o finalizar sus estudios? ☐ Sí ☐ No Área de estudio de interés: _____		
CUIDADO DE OTROS		
¿Es responsable del cuidado de un niño(a) dependiente en su hogar? ☐ Sí ☐ No Si respondió SÍ, indique la edad del niño(a) _____		¿Necesita cuidado infantil?
¿Es responsable del cuidado a tiempo completo de otra persona? ☐ Sí ☐ No		El cuidado es todo el día?
NECESIDADES / ASUNTOS PERSONALES		
¿Tiene un lugar estable para quedarse durante la noche? ☐ Sí ☐ No		
¿Tiene alguna condición física, médica o mental que limite o interfiera con su capacidad para trabajar? ☐ Sí ☐ No		
¿Tiene necesidades médicas no atendidas? ☐ Sí ☐ No		
¿Está tomando medicamentos que afecten su capacidad para buscar empleo? ☐ Sí ☐ No		
¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No		
¿Está inscrito en un programa de rehabilitación vocacional? ☐ Sí ☐ No		
OTROS DETALLES		



¿Ha servido en el ejército? ☐ Sí ☐ No		¿Estado militar activo?
¿Tiene un documento de identificación válido? ☐ Sí ☐ No Tipo: ☐ Licencia de Conducir ☐ ID Estatal ☐ Otro		
¿Cómo se transportará al trabajo o a clases? (circule todo lo que corresponda) Mi automóvil ☐ Autobús ☐ A pie ☐ Bicicleta ☐ Amigos ☐ Vehículo prestado ☐ No sé ☐		
Queremos hacer lo mejor que podamos para ubicarlo(a) en una actividad de capacitación o empleo adecuada e identificar posibles recursos que puedan ayudarlo en relación con la siguiente información: • ¿Tiene algún problema legal o de antecedentes (incluidos delitos graves o delitos menores) que necesitaría revelar a un empleador? ☐ Sí ☐ No • ¿Está en libertad condicional o bajo supervisión? ☐ Sí ☐ No		Tenga en cuenta las fechas relevantes para ayudar en la ubicación del lugar de trabajo y posibles recursos comunitarios.
¿Está participando en un programa contra la violencia doméstica que le impida buscar empleo? ☐ Sí ☐ No		
¿Está en tratamiento de drogas o alcohol? ☐ Sí ☐ No		
OBSTÁCULOS		
¿Cuál cree que es su mayor obstáculo para conseguir empleo?		
OBJETIVOS		
¿Cuáles son sus metas laborales o profesionales?		

Firma del trabajador del programa EF: _____ Fecha: _____

Firma del cliente EF: _____ Fecha: _____