



¡La oficina de CalWORKs de San Diego College of Continuing Education te da la bienvenida a nuestro programa! ¡Estamos encantados que hayas elegido seguir tu educación y esperamos poder servirte!

INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA LLENAR LA APLICACIÓN DE CALWORKS:

1. Asegúrate de **DESCARGAR** la aplicación y ábrela en **ADOBE ACROBAT** (NO uses Internet Explorer o ningún otro programa).

Si necesitas descargar Adobe Acrobat en tu computadora, sigue este enlace: <https://get.adobe.com/reader/>

2. Completa la solicitud con tu información personal.

CUANDO ES HORA DE ENVIAR ELECTRÓNICAMENTE:

1. Has clic en el botón donde dice "SUBMIT FORM".
2. Selecciona cómo deseas enviar el correo electrónico y has clic en el botón donde dice "CONTINUE".
3. Debe aparecer un cuadro de correo electrónico con la aplicación ya adjunta. ¡Asegúrate de hacer clic en el botón Enviar!
4. Nuestra oficina procesará tu solicitud y te llamará dentro de una semana para establecer una cita para una orientación.

Si tienes alguna pregunta, llámanos al 619-800-4602 o envíenos un correo electrónico a SDCECalWORKs@sdccd.edu



San Diego College of Continuing Education CalWORKs Intake Application

Informacion del Estudiante:

Name (**Apellido**) _____ (Nombre) _____ Student ID(# **Estudiante**) _____

Address (**Direccion**) _____ Date (**Dia de Hoy**) _____

Email (**Correo Electronico**) _____ Contact Phone (**Telefono**) _____

Case #(# **de Caso**) _____ Gender (**Genero**): Female (**Mujer**) Male (**Hombre**) Transgender (**Transgenero**)

Marital Status (**Estado Civil**): Single (**Soltera/o**) Married (**Casada/o**) Separated (**Separada/o**) Divorced (**Divorciada/o**)

Child's Gender (Genero del Nino)	M (Hombre)					
	F (Mujer)					
Child's Age (Edad del Nino)						

Who is receiving Cash Aid? (**Quien recibe asistencia monetaria?**) You (**Tu?**) Children (**Hijos**) How many children on Cash Aid? (**Cuantos hijos reciben asistencia monetaria?**) _____

What is your educational goal? (**Cual es tu meta educacional?**) _____

Are you a previous CalWORKs Participant? (**En el pasado has participado en CalWORKs?**) Yes (Si) No

If Yes, where? (**En donde?**) _____

I have attended other colleges? (**He asistido a otros Colegios**) Yes (Si) No Where (**Donde?**) _____

I graduated high school/ Earned my GED (**Me gradue de la preparatoria/tengo mi GED**) Yes (Si) No

Have you taken the ESL assessment test? (**Has tomado la evaluacion de ESL?**) Yes (Si) No

Have you attended the SDCCE Orientation? (**Has asistido a una orientacion de nuestra escuela?**) Yes (Si) No

Have you completed an Educational Plan with a Counselor? (**Has completado un Plan de Educacion con un Consejero?**) Yes (Si) No

Are you enrolled in SDCCE classes? (**Ya te enescribiste en clases con SDCCE?**) Yes (Si) No

What class/program (**Que clase/programa?**) _____

English is my first language (**Ingles es mi primera lengua**). Yes (Si) If not (No es), my first language is (**Mi primera lengua es**) _____

Are you receiving DSPS services? (**Estas recibiendo servicios para estudiantes incapacitados?**) Yes No Or Other Program Services (**O servicios de otros programas?**) _____

Welfare-To-Work Information: (Informacion del Programa de CalWORKs)

PCG Office Location (**Ubicacion de la Oficina de PCG**): _____

Employment Case Manager/ETA Name (**Nombre del Administrador de tu Caso**): _____

Email (**Correo Electronico de tu Administrador**): _____

I have a Welfare-To-Work Plan with the County? (**Tengo un Plan de Bienestar para Trabajar con el Condado?**) Yes (Si) No

Are you Exempt from WTW activities? (**Estoy Exento en participar con CalWORKs**) Yes (Si) No

Which of the following applies to you? (*Cual de lo siguiente te aplica a ti?*) Please mark one (*Por favor marca una*).
Ask the Front desk staff if you are not sure (*Pregunta a la recepcionista si necesitas ayuda*).

Self-Initiated Participant (SIP) (**Participante Autoiniciado**)

Self- Referral (**Auto Referido/a**)

County Referral (**Referido/a por el Condado**)

Volunteer Exempt Participant (**Exenta/o Voluntaria/o**)

Employment Information: (Informacion de Empleo):

Are you employed? (**Estas trabajando?**) Yes (**Si**) No

If not, would you like a CalWORKs work-study application? (**Tienes interes en aplicar para el program de Estudio y Trabajo?**) Yes (**Si**) No

Employer Name (**Nombre del Empleador**): _____

Employee Address (**Direccion del Empleador**): _____ Job Title (**Posicion**): _____

Hourly Wage (**Salario por hora**): \$ _____

Phone (**Telefono**): _____

Hours per Week (**Horas por semana**): _____

Al marcar esta casilla y escribir mi nombre a continuación, estoy firmando electrónicamente este documento. Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto que una firma escrita

Firma del estudiante _____

Fecha _____



FORMULARIO DE ACUERDO ESTUDIANTIL

Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes pautas y requisitos para seguir siendo elegible para los servicios del Programa CalWORKs en San Diego College of Continuing Education/SDCCE:

- Completar una orientación del programa CalWORKs.
- Entregar una copia de mi Plan Welfare-to-Work (WTW) cada semestre.
- Reunirme con un consejero de CalWORKs cada semestre para crear un Individual Training Plan (ITP) o actualizar mi Plan educativo.
- Programar una cita para actualizar mi ITP cuando agregue o elimine clases.
- Notificaré a un consejero de CalWORKs inmediatamente si tengo alguna dificultad (transporte, cuidado de niños, cursos, etc.) que interfieran en mi escuela.
- Notificar a la oficina de CalWORKs si hay algún cambio con mi asistente social en PCG / EQUUS o si el condado me sanciona.
- Notifique si hay algún cambio en la información personal (número de teléfono, dirección o correo electrónico).
- Presentaré el NOA 116 (Monthly Attendance Verification Form) antes del día 5 del mes al asistente social de mi condado.

Mi firma electrónica a continuación indica que comprendo y acepto cumplir con todos los términos de este Acuerdo de estudiante. El incumplimiento de los requisitos anteriores afectará mi elegibilidad para la continuación de los servicios a través del Programa CalWORKs en SDCCE.

- Al marcar esta casilla y escribir mi nombre a continuación, estoy firmando electrónicamente este documento. Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto que una firma escrita.**

FIRMA _____

FECHA _____



CalWORKs Program

San Diego College of Continuing Education

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre

Fecha de Nacimiento

Caso de CalWORKs

Por la presente autorizo a San Diego College of Continuing Education a divulgar información a las siguientes agencias según sea necesario:

Administrador de casos de empleo (AGENCIA ECM o ETA) Agencia de Salud y Servicios Humanos (trabajador social, trabajador de elegibilidad)

También autorizo a la agencia de Salud y Servicios Humanos y sus agencias contratadas a completar los siguientes formularios y entregar copias al programa CalWORKs de San Diego Continuing Education.

HSA 27-114 Formulario de Referencia / Copia del Plan de Bienestar al Trabajo

Certificación de agencia / Formulario de ingresos no gravados / Notificación de acción actual o CalWin

Otro _____

Al marcar esta casilla y escribir mi nombre a continuación, estoy firmando electrónicamente este documento. Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto que una firma escrita

Firma del estudiante _____ **Fecha** _____