

## Consentimiento del Cliente para la Divulgación de Información entre Agencias/Partes Asociadas

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que en ocasiones el Departamento de Desarrollo Laboral del Condado de Stanislaus (SCWD, por sus siglas en inglés) y sus organizaciones afiliadas necesitan recibir y/o compartir información con agencias asociadas. Yo por la presente doy mi consentimiento para que SCWD reciba y/o comparta información con agencias asociadas y/ entidades **con respecto a mi inscripción en servicios, estado de capacitación, resultados de pruebas, progreso en la búsqueda de empleo y/o empleo.** Además, entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta que sea dado de baja de cualquier programa de seguimiento de SCWD o hasta que retire el consentimiento para la divulgación de información.

Agencias asociadas/Entidades pueden incluir:

- EDD personal del programa co-inscritos: TAA, Representante de Veteranos o personal de YEOPS
- Centro de Entrenamiento Vocacional donde asisto(asistí)
- Departamento de Servicios de Manutención Infantil
- Agencia de Servicios Comunitarios (CSA)
- Servicios para la Educación de Adultos, por ejemplo: Learning Quest, SCOE y Community Business College donde yo atendí
- Organizaciones de Servicios Contratados SCWD
- Empleadores
- Otros (Especificar agencia y que información puede ser compartida/divulgada):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO FUE COMPLETADO EN SU TOTALIDAD Y FUE LEIDO POR MI ANTES DE FIRMAR.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Empleado(a) SCWD

\_\_\_\_\_  
 Fecha

## SCWD/WIOA Política sobre Quejas de Igualdad de Oportunidades y no Discriminación

El recipiente de la asistencia financiera federal debe cumplir plenamente con las disposiciones de no discriminación e igualdad de oportunidades de las siguientes leyes y se mantendrá en cumplimiento durante la concesión de la asistencia financiera federal.

### IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ES LA LEY

Es contra la ley para este recipiente de asistencia financiera federal discriminar en las siguientes bases: Contra cualquier individuo en los Estados Unidos por su raza, color, religión, sexo (incluyendo el embarazo, el parto o las condiciones médicas relacionadas, y los estereotipos sexuales, el estado transgénero y la identidad de género), origen nacional (incluyendo la capacidad limitada de inglés), edad, discapacidad, afiliación o creencia política; o Contra cualquier beneficiario de, solicitante de trabajo o participante en programas de capacitación que reciben apoyo financiero bajo el Título I de la ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral (WIOA, por sus siglas en inglés), debido a su ciudadanía, o por su participación en un programa o actividad que recibe asistencia financiera bajo el Título de WIOA. Adicionalmente, la discriminación basada en la violencia de género también puede ser una forma de discriminación ilegal por razón de sexo, como se describe en el Anexo 6.

El recipiente debe no discriminar en: decidiendo quien será admitido a participar, o tendrá acceso a cualquier programa o actividad que recibe apoyo financiero bajo el Título I de WIOA; proporcionando oportunidades en, o tratar cualquier persona con respecto a un programa o actividad o; tomar decisiones de empleo en la administración de, o en conexión a un programa o actividad.

Los recipientes de asistencia financiera federal deben tomar medidas razonables para asegurar que las comunicaciones con personas con discapacidades sean tan efectivas como las comunicaciones con otros. Esto significa que, bajo petición y sin costo para el individuo, los recipientes están obligados a proporcionar ayudas y servicios auxiliares apropiados a personas con discapacidades calificadas. Ninguna persona calificada con una discapacidad puede ser excluida de participar o denegado los beneficios de un servicio, programa, o actividad o ser sometido a discriminación por cualquier recipiente porque las estructuras de un recipiente son inaccesibles o inutilizables por los individuos con discapacidades.

### QUÉ HACER SI USTED CREE QUE HA SIDO DISCRIMINADO

Si usted cree que ha sido discriminado en un programa o actividad que recibe asistencia financiera bajo el Título I de WIOA, puede presentar una queja por escrito al Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de Stanislaus (SCWD, por sus siglas en inglés) Formulario de Queja de Discriminación no más de 180 días de la fecha en que ocurrió la presunta violación con:

**Julie Orona, Equal Opportunity Officer (EO)**  
**Stanislaus County Workforce Development**  
**P.O. Box 3389**  
**Modesto, CA 95353-3389;**  
**Correo Electrónico: [OronaJ@stanworkforce.com](mailto:OronaJ@stanworkforce.com)**  
**Teléfono: (209) 581-6375**

**Para audiencia con impedimentos de audición/habla, llame al 7-1-1 o al 1-800-735-2922**

## O

**The Director, Civil Rights Center (CRC)**

**U.S. Department of Labor**

**200 Constitution Avenue NW, Room N—4123**

**Washington, DC 20210, o electrónicamente como indica el sitio web del CRC en [www.dol.gov/crc](http://www.dol.gov/crc).**

Si presenta una queja directamente con el recipiente, debe esperar hasta que el recipiente emita un Aviso de Decisión Final por escrito o que pasen por los menos 90 días (lo que ocurra primero), antes de presentar una queja con el Centro De Derechos Civiles (CRC, por sus siglas en inglés).

Si el recipiente no le proporciona un Aviso de Decisión Final por escrito dentro de los 90 días después de la fecha en que presento su queja, usted puede presentar su queja con el CRC antes de que reciba el Aviso de Decisión Final. Sin embargo, es necesario presentar su queja con el CRC dentro de 30 días después de los 90 días iniciales (en otras palabras, dentro de 120 días después de la fecha en que presento la queja con el recipiente).

Si el recipiente le proporciona un Aviso de Decisión Final por escrito, pero no está satisfecho con el resultado o resolución, puede presentar una queja con el CRC. Debe presentar su queja con el CRC dentro de 30 días después de que reciba el Aviso de Decisión Final por escrito.

### **Reconocimiento de Cliente:**

He leído, o me han explicado este procedimiento. Entiendo que puedo contactar al Oficial de Igualdad de Oportunidades (EO) del Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de Stanislaus para asistencia si es necesario. Soy consciente de mi derecho a solicitar ayuda legal de un abogado, abogado u otras personas a mi propio costo. Entiendo que ni yo ni nadie que me ayudó o me asistió puede ser amenazado o sufrir represalias porque presenté una queja de Derechos Civiles.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Cliente (Impresión)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha:**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de los Padres/Guardián Legal (17 años o menor)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha:**

## SCWD/WIOA Procedimiento de Reclamación o Queja Programáticas

<b>Sus Derechos</b>	<p><b>Usted tiene el derecho de informar al Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de Stanislaus (SCWD, por sus siglas en inglés) si se siente que en el pasado año:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted no recibió los servicios prometidos de WIOA (la ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral; WIOA, por sus siglas en Inglés), o</li> <li>• Usted siente que su programa o servicios de SCWD no cumple los requisitos de WIOA.</li> </ul>
<b>Definición</b>	<p><b>Queja o Reclamación:</b> una expresión escrita en la que se alega una violación del Título I de WIOA, los reglamentos señalados en virtud de WIOA, las subvenciones, subvenciones u otros acuerdos específicos de WIOA.</p>
<b>SCWD</b>	<p><b>Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de Stanislaus</b>, para incluir sus centros One-Stop (actualmente calificado como centro de trabajo de California de los Estados Unidos), socios de One-Stop, jóvenes y adultos prestadores y empleador del cliente.</p>
<b>Quién Puede Presentar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los clientes</li> <li>• Otras personas interesadas</li> </ul>
<b>Lo Que Significa</b>	<p>WIOA requiere un programa de alta calidad cual cumple con los estándares federales. Estos incluyen:</p> <p><b>Colocación de empleo:</b> • Salarios • Beneficios • Los estándares laborales</p> <p><b>WIOA servicios:</b> • Servicio de Atención al cliente • Servicios del Programa • Servicios de entrenamiento</p> <p>Si usted piensa que el SCWD no está dando el programa de alta calidad que requiere WIOA, por favor solicite hablar con un supervisor. Si lo hace por escrito provocará una audiencia a nivel local.</p>
<b>Cuando después de Presentar Póngalo por Escrito (SCWD le Proporcionara La asistencia tecnica) Cómo Presentar</b>	<p><b>Usted puede presentar una queja por escrito durante de un año la presunta violación.</b></p> <p>Nombre completo e información de contacto para usted y la otra persona involucrada; una breve declaración de los hechos y las fechas que describen la presunta violación y cuándo ocurrió; áreas de WIOA, regulaciones federales, subvenciones u otros acuerdos de WIOA infringidos; quien estuvo involucrado y cómo violaron la ley, regulación o contrato de WIOA; la solución que busco; la queja debe ser por escrito, firma y fecha</p> <p><b>Envíe su queja a:</b>  <b>Julie Orona, Equal Opportunity Officer (EO)</b>  <b>Stanislaus County Workforce Development</b>  <b>P.O. Box 3389 Modesto, CA 95353-3389</b>  <b>Correo Electrónico: <a href="mailto:OronaJ@stanworkforce.com">OronaJ@stanworkforce.com</a></b>  <b>Teléfono (209) 581-6375</b>  <b>TTY para audiencia impedimentos del habla, llame al 7-1-1 o al 1-800-735-2922</b></p>

- Cuando Presentar** Al enviar la planilla de presentación se inicia el proceso de la audición. SCWD trabaja de manera informal a resolver su queja antes de la audiencia. Si el problema no se resuelve de manera informal, se le notificará (y será invitado) por lo menos diez (10) días antes de la audiencia programada.
- La Audiencia** **La audiencia local será programada dentro de 30 días de la presentación.** El Oficial de Audiencia será una persona imparcial. Es posible que usted tenga testigos y un abogado (a su propio costo). El oficial de Audiencia enviará la decisión por escrito durante 60 días de la presentación. La audiencia se grabará (en audio o en video) y se transcribirá.
- Apelación** **Condiciones.** Usted tiene 10 días después de recibir una decisión en su contra para apelar al Estado. Usted tiene 15 días para presentar si no recibe resolución durante el plazo de 60 días o si se siente coaccionado o amenazado. Su apelación debe tener su nombre completo, número de teléfono, su dirección postal, la dirección postal de Stanislaus County Workforce Development (Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de Stanislaus), una razón por la cual está solicitando una apelación o una solicitud de revisión del EDD, la decisión del funcionario de audiencias local (si se recibió) y copias de documentos importantes. SCWD le proporcionará la asistencia técnica.

**Enviar a:** Chief, Compliance Review Division, MIC 22-M  
 Employment Development Department  
 P.O. Box 826880  
 Sacramento, CA 94280-0001

El Oficial de Revisión de Cumplimiento (o su designado) intentará resolver la queja informalmente antes de una audiencia formal. Si el estado no puede resolver el reclamo o la queja de manera informal (el estado obtendrá y evaluará las transcripciones de la audiencia al nivel local o, si no se realizó una audiencia al nivel local, se le indicará a la Área Local que lo haga), se llevará a cabo una audiencia. La audiencia de EDD se llevará a cabo dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la queja o reclamo. Se enviará una decisión por escrito dentro de los 60 días de su apelación al Estado.

**Apelación Federal** **Apelación Final.** Puede presentar una apelación final ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos si la decisión del Estado fue en su contra o si el Estado no cumplió con sus plazos. SCWD le proporcionará información para la presentación.

**He leído o se me ha explicado este procedimiento. Sé que puedo comunicarme con mi Administrador de Casos para obtener ayuda. Puedo tener la ayuda de un abogado o otras personas a mi costo. Entiendo que ni yo o cualquier otra persona que me ayude puede ser amenazado o sufrir represalias si presento una queja o denuncia.**

\_\_\_\_\_  
 Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**EXPERIENCIAS LABORALES ACTUALES Y PASADAS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Últimos 4 de SS#: \_\_\_\_\_

**Por favor complete en TINTA. Comenzando con su puesto más reciente, enumere todas las experiencias laborales de los últimos 15 años, tanto remuneradas como no remuneradas. Por favor, complete y especifique las funciones y las habilidades aplicadas.**

DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALARIO POR HORA \$ \_\_\_\_\_ #HORAS POR SEMANA \_\_\_\_\_  
 MES AÑO MES AÑO

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TÍTULO DEL PUESTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

FUNCIONES / HABILIDADES: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SALIDA: \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALARIO POR HORA \$ \_\_\_\_\_ #HORAS POR SEMANA \_\_\_\_\_  
 MES AÑO MES AÑO

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TÍTULO DEL PUESTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

FUNCIONES / HABILIDADES: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SALIDA: \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALARIO POR HORA \$ \_\_\_\_\_ #HORAS POR SEMANA \_\_\_\_\_  
 MES AÑO MES AÑO

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TÍTULO DEL PUESTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

FUNCIONES / HABILIDADES: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SALIDA: \_\_\_\_\_

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas, completas y correctas según mi leal saber y entender. Por la presente, autorizo al representante de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de Stanislaus (SCWD) a contactar a empleadores para verificar mis calificaciones/historial laboral.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL CLIENTE

\_\_\_\_\_  
 FECHA

**EXPERIENCIAS LABORALES ACTUALES Y PASADAS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Últimos 4 de SS#: \_\_\_\_\_

**Por favor complete en TINTA. Comenzando con su puesto más reciente, enumere todas las experiencias laborales de los últimos 15 años, tanto remuneradas como no remuneradas. Por favor, complete y especifique las funciones y las habilidades aplicadas.**

DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALARIO POR HORA \$ \_\_\_\_\_ #HORAS POR SEMANA \_\_\_\_\_  
 MES AÑO MES AÑO

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TÍTULO DEL PUESTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

FUNCIONES / HABILIDADES: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SALIDA: \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALARIO POR HORA \$ \_\_\_\_\_ #HORAS POR SEMANA \_\_\_\_\_  
 MES AÑO MES AÑO

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TÍTULO DEL PUESTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

FUNCIONES / HABILIDADES: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SALIDA: \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ SALARIO POR HORA \$ \_\_\_\_\_ #HORAS POR SEMANA \_\_\_\_\_  
 MES AÑO MES AÑO

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TÍTULO DEL PUESTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

FUNCIONES / HABILIDADES: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SALIDA: \_\_\_\_\_

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas, completas y correctas según mi leal saber y entender. Por la presente, autorizo al representante de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de Stanislaus (SCWD) a contactar a empleadores para verificar mis calificaciones/historial laboral.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL CLIENTE

\_\_\_\_\_  
 FECHA