

CONDADO: _____ FECHA: _____

SETHRA APLICACION PARA ACCESS TO JOBS TRANSPORTACION

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____
SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCION: _____

(CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)
DE TELEFONO: # EN CASO DE EMERGENCIA: _____

INFORMACION DE EMPLEO

NOMBRE DE COMPANIA: _____ TELEFONO: _____
DIRECCION: _____

EL TRANSPORTE REQUIERE CRUZAR LINIAS DE CONDADO? SI/NO

HORARIO DE TRABAJO:

Lunes ____ a.m/p.m. to ____ a.m/p.m. Martes ____ a.m/p.m. to ____ a.m/p.m.
Miercoles ____ a.m/p.m. to ____ a.m/p.m. Jueves ____ a.m/p.m. to ____ a.m./p.m.
Viernes ____ a.m/p.m. to ____ a.m/p.m.

EL PARTICIPANTE NECESITA TRANSPORTACION A GUARDERIA PARA NINO(A)? SI / NO

NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DE NINO(A)S QUE NECESITAN TRANSPORTACION

NOMBRE _____	FECHA _____	#SS _____
NOMBRE _____	FECHA _____	#SS _____
NOMBRE _____	FECHA _____	#SS _____

INFORMACION DE GUARDERIA

NOMBRE: _____ TELEFONO: _____ DIRECCION: _____

(CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)
GUARDERIA ALTERNATIVO: # DE TELEFONO _____

(CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

NOMBRE DE TRANSPORTACION: _____

REQUERIMIENTOS DE ELIGIBILIDAD

_____ WELFARE A TRABAJAR _____ INGRESOS BAJO (GUIAS FEDERALES)

_____ RESIDENTES URBANO A TRABAJO SUBURBAN

INGRESOS ANUALES DEL HOGAR: _____ # EN EL HOGAR _____

(INCLUYE TODOS INGRESOS QUE SE PUEDEN VERIFICAR)

Yo certifico que la informacion dad es verdadera y corecta en lo mejor de mi conocimiento.

NOMBRE DE PARTICIPANTE: _____ DATE: _____

**ES OBLIGATORIO PARA PARICIPANTES AVISARLE A LA PERSONA QUE SE ENCARGA DE SU CASO EN CUANDO TERMINA TRABAJO.
(SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA)

APPROVED TRANSPORTATION DAYS _____ TO _____

APPROXIMATE DAILY MILES _____

METHOD OF VERIFICATION: _____ FAMILIES 1st _____ AFDC _____ LOW INCOME (150%)

OTHER _____ CASE #: _____

**MANDA POR FAX AL NUMERO 423-949-2302 PARA MAS INFORMACION LLAME 423-949-2191 x169