NYC BUSINESS SOLUTIONS

Formulario de información del cliente (Customer Information Form)
NYC Business Solutions Training

Este formulario de información lo registra como un/a receptor/a de instrucción financiado en parte por NYC Business Solutions Training. (This Customer Information Form is confidential and registers you as a recipient of training funded in part by NYC Business Solutions Training).

Por favor escriba claramente en tinta. Por favor, asegúrese de firmar y fechar este formulario (Please print clearly in ink. Please be sure to SIGN AND DATE this form.)

Informacion de empresa (Company Information)

Nombre de la empresa (Company Name):

Historia del cliente (Customer Information)

Nombre: _____ (Name) Apellido (Last) Nombre (First) Segundo Nombre (Middle)

Número de Seguro Social (Social Security Number): _____ xxx - xx - xxxx

Sexo: (Gender) ☐ Femenino (Female) ☐ Masculino (Male)

Fecha de nacimiento (Date of Birth) ____ / ____ / ____ Mes(month)/Día(day)/Año(year)

Dirección: (Address) _____

Ciudad: (City) _____ **Estado:** (State) _____ **Código postal:** (Zip code) _____

Educación (Education Level)

Máximo nivel de educación alcanzado (Highest level of education completed):

- ☐ Inferior a Escuela Secundaria (Less Than High School)
  Grado completado (Please indicate last grade level completed) _____
- ☐ Diploma de Equivalencia General (GED)
- ☐ Escuela Secundaria (High School)
- ☐ Estudio universitarios imcompletos (Some College)
- ☐ Titulo de Associate's (Associate's)
- ☐ Licenciatura (Bachelor's)
- ☐ Maestría (Master's)
- ☐ Doctorado (Doctoral)

¿Está inscrito actualmente en la escuela? (Are you currently enrolled in school?)

☐ **Sí** (Yes)- Si elecciona "sí", ¿en qué nivel? (If so, what level?)

- ☐ Escuela Secundaria (High School/GED)
- ☐ Universitarios (College/Vocational/Professional Degree)

☐ **No**

Servicio Militar (Military Service)

¿Es usted excombatiente? (Are you a Service Veteran?) ☐ **Sí** (Yes) ☐ **No**

Fechas de servicio activo desde (Dates of active service) Comienzo (Start) _____ Extremo (End) _____

¿Es excombatiente discapacitafo? (Are you a disabled veteran?) ☐ **Sí** (Yes) ☐ **No**

Información Demográfica Voluntarias (Voluntary Demographic Information)

Ethnia: (Ethnicity) ☐ Hispano/Latino/Latina ☐ No Hispano/Latino/Latina

Raza: (Race)

- ☐ Asiático (Asian)
- ☐ Blanco (White)
- ☐ Indio Americano u originario de Alaska (American Indian or Alaskan native)
- ☐ Negro o Afroamericano (Black or African American)
- ☐ Originario de Hawai o isleño del pacífico (Native Hawaiian/Pacific Islander)

Yo certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es correcta y está completa a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta información está sujeta a verificación, y utilizada por Estado de Nueva York y para propositos de reporte federals. Además, certifico que he recibido del Workforce Investment Act adviso de derechos y una forma de Registro de Votantes. Yo entiendo que registrarse para votar es voluntaria y que no estoy obligado a hacerlo a fin de obtener servicios de NYC Business Solutions Training Funds. Por la presente autorizo a mi empleador a divulgar información acerca de mi destino al NYC Departamento de Servicios para Negocios Pequeños y el NYC Departamento de Trabajo. La información puede incluir, pero no limitado a: título del trabajo, salarios, empezar un trabajo / fecha de finalización, y el número de horas trabajadas por semana. Entiendo que esta información puede ser compartida con otras agencias gubernamentales y de sus proveedores y socios en el sistema del Workforce para los efectos de la gestión del programa / administración (I certify, to the best of my knowledge, I have provided true, accurate, and complete information on this form. I understand that the information I have supplied may be subject to verification and used for New York State and Federal reporting purposes. I also certify that I have received the Workforce Investment Act Notice of Rights and a Voter Registration form. I understand that registering to vote is voluntary and that I am not required to do so in order to obtain NYC Business Solutions Training Funds services. I hereby authorize my employer to release information about my employment to the New York State Department of Small Business Services and the New York State Department of Labor. Information may include but is not limited to: job title, wages, job start/end date, and number of hours worked/week. I understand that this information may be shared with other governmental agencies and their vendors and partners in the Workforce system for purposes of program management/administration.)

Firme (Signature) _____ Feche (Date) _____ / _____ / _____

FOR OFFICE USE ONLY

☐	**Verification of Birth Date**	**Notes**
☐	**Pending**	
☐	**Birth Certificate**	
☐	**Driver's License**	
☐	**Passport**	
☐	**School Records / Identification Card**	
☐	**Federal, State or Local Government ID Card**	
☐	**Work Permit**	
☐	**DD-214: U.S. Military Report of Transfer or Discharge**	
☐	**Public Assistance / Social Services Records**	
☐	**Other _____**	