



<input type="checkbox"/> Aprendiz <input type="checkbox"/> Journeyman <input type="checkbox"/> Empleado Central <input type="checkbox"/> Empleado Nuevo Union Local # _____ <hr/> (Nombre De Empleador) Return Certified Form to: <hr/> (Fax/Email)
--

Trabajador en Desventaja Formulario de Certificación

Yo, _____ resido en _____, CA _____
 (Escribe Nombre Completo) (Dirección) (Ciudad) (Código Postal)

Me pueden alcanzar al siguiente _____,
 (Número de Teléfono y email)

Yo declaro que estoy en estado de, por lo menos, dos de las siguientes circunstancias (*comprobante necesaria en paréntesis*):

- Estoy sin hogar.** (*Carta de organización de refugio para indigentes*)
- Soy monoparental.** (*Prueba de Agencia o copia de su declaración de impuestos que comprueba su estado*)
- Estoy recibiendo asistencia pública.** (*Prueba del Agencia o una carta del Condado de Los Ángeles Departamento de Servicios Sociales Públicos nombrado Noticia de Acción "Notice of Action"*)
- No he completado escuela secundaria ni Diploma de Equivalencia General "GED".** (*Certifico yo mismo*)
- Tengo un registro criminal.** (*prueba de liberación, prueba de arresto o prueba de libertad condicional*)
- Estoy sin trabajar por lo menos 27 semanas.** (*Carta del Departamento de Desarrollos de Empleo o prueba de beneficios de desempleo o una carta de descanso del empleador anterior*)
- Fui criado, por una parte, en la sistema de Cuidado de Crianza** (*Prueba del condado adonde Cuidado de Crianza sucedió o carta del agencia de Cuidado de Crianza*)
- Soy veterano del ejército estacionado en Iraq/Afganistán.** (*Forma DD214 que comprueba tu servicio en Iraq o Afganistán*)
- Soy un aprendiz con menos de 15% del nivel de horas de Journeyman.** (*Certificación de Aprendiz o Despacho que comprueba tus horas completados*)
- Ninguno de estos se aplican en mí**

Yo entiendo que esta certificación podría estar auditado por El Condado de Los Ángeles Agencia Metropolitana de Transporte o el designado de ellos y que todos mis declaraciones hechos en este documento son cierto y correcto. Adjunto hay prueba de mi residencia con la dirección y el código postal que he declarado arriba incluyendo documentos que comprueban las declaraciones de desventaja que he marcado en este documento. Además entiendo que si falsifico o fallo en representar bien la información en este documento, la Agencia Metropolitana de Transporte, puede en su discreción único, descalificarme de participación en el programa de Trabajador en Desventaja.

Yo certifico que el anterior es cierto y correcto bajo de pena de perjurio de las leyes del estado de California.

Firma: _____ Seguro Social # XXX-XX- _____

Firmado en la ciudad de: _____ | En el condado de Los Ángeles en: (fecha) / /

 <p style="text-align: center;">Certifying Official Use Only</p> <p><input type="checkbox"/> This applicant is approved for certification as a Disadvantaged Worker</p> <p>(Print Name) _____</p> <p>(Signature) _____ (Date) _____</p> <p>Certified form Returned to Contractor? <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">Lista de Revisas</p> <p>He hecho: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Llenar y firmar el formulario completamente</p> <p><input type="checkbox"/> agregado pruebas de mi residencia y código postal declarado en este</p> <p><input type="checkbox"/> agregado prueba de mi estado de desventaja que marcado en este</p>
---	--