



**SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD AL REGISTRO DE
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ADIESTRAMIENTO (CUENTAS ITA)**

Elegibilidad Inicial Elegibilidad Continua

I. Información del Proveedor de Servicio:	
1. Nombre de la Institución:	
2. Tipo de Entidad:	<input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Sin Fines de Lucro
3. Dirección Física:	<hr/> CiudadZona Postal
4. Dirección Postal:	<hr/> CiudadZona Postal
5. Teléfonos: () , () Fax: ()	
6. E-mail:	
7. Representante Autorizado (Información de la persona que dirige la Institución):	
a. Nombre Completo:	
b. Título:	<input type="checkbox"/> Dra. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Lcdo. <input type="checkbox"/> Lcda.
c. Puesto:	
d. Departamento:	
8. Persona Contacto (Persona asignada a trabajar con el Área Local):	
a. Nombre Completo:	
b. Título:	<input type="checkbox"/> Dra. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Lcdo. <input type="checkbox"/> Lcda.
c. Puesto:	
d. Teléfono: () Celular: ()	
e. Fax: ()	E-mail:
9. Website:	

II. Información Operacional	
1. Número de Seguro Social Patronal:	
2. Licencia Operacional:	
a. Número:	
b. Agencia que Otorga:	<input type="checkbox"/> CEG <input type="checkbox"/> CES <input type="checkbox"/> CEPR
c. Fecha de Expiración:	
3. Seguros de la Entidad:	
A. Responsabilidad Pública:	
a. Agencia Emisora:	
b. Número de Póliza:	
c. Fecha de Expiración:	
B. Fondo de Seguro del Estado:	
a. Número de Póliza:	
b. Número de Certificación:	
c. Fecha de Expiración:	
C. Seguro por Desempleo (Certificación):	
a. Número de Planilla:	
b. Fecha de Radicación:	
c. Número Certificación:	
4. Certificado de Incorporación:	
a. Fecha de Radicación:	
b. Número del Registro:	
5. Patentes Municipales (la información deberá ser del Recinto que solicita)	
a. Municipio:	
b. Número:	
c. Fecha de Expedición:	
6. Planilla del CRIM:	
a. Número de Certificación:	

III. Información General de la Institución:	
1. Tiempo Operando en PR:	<input type="checkbox"/> Menos de un(1) año <input type="checkbox"/> 1-5 Años <input type="checkbox"/> 6-10 Años <input type="checkbox"/> 11 Años o más
2. Niveles Institucionales (Marcar todas lo que apliquen) <input type="checkbox"/> Pre- Escolar <input type="checkbox"/> Post-secundario, no universitario <input type="checkbox"/> Elemental <input type="checkbox"/> Post-secundario, Universitario <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Post- Graduado	
3. Autorizado Fondos Federales, Título IV "HigherEducationAct" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique la Fecha de Expedición: _____	
4. Si la Institución u Organización reciben Fondos Federales: a. Nombre del programa por el cual se reciben fondos federales <input type="checkbox"/> i. "Título IV del "Higher Education Act" del 1965 (HEA) ⁱ <input type="checkbox"/> ii. "National Apprenticeship Act" (NAA)	
5. Menciones las experiencias previas con otros Proveedores de Servicios, Agencias Federales, Estatales y/o Municipales durante el último año:	
6. ¿Se ha Cancelados algún contrato?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De contestar afirmativamente, explique razón: _____ _____	
7. Mencione las ayudas económicas estatales o federales que actualmente recibe su institución: <input type="checkbox"/> Pell Grant <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional <input type="checkbox"/> Stanford <input type="checkbox"/> WIOA <input type="checkbox"/> Otra (CES: Ayuda Educativa Suplementaria)	

8. Indique bajo qué calendario opera la Institución:

Semestres Trimestres Cuatrimestre Otro _____

Indique la próxima fecha de Comienzo después del 1 de julio

(Favor de Incluir el Calendario Académico)

9. Los programas son ofrecidos:

En persona En línea Una combinación de ambas

10. Describa la capacidad de su institución para ofrecer certificados y credenciales reconocidos por los sectores industriales, así como la capacidad para ofrecer programas conducentes a un credencial post secundario reconocido:

11. Provea información sobre las alianzas que posee con patronos del Área Local de Desarrollo Laboral. Incluya cantidad y calidad de las alianzas en relación con la colocación en empleos no subsidiados y otros relacionados:

12. ¿La Institución tiene una Oficina de colocaciones?

Sí No

Persona Contacto: _____

Posición: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____

E-mail _____

13. Proyección de la ejecución respecto a los indicadores de la Ley WIOA:

- _____ Empleo no subsidiado durante el segundo trimestre después de la salida programática
- _____ Empleo no subsidiado durante el cuarto trimestre después de la salida programática
- _____ Mediana de las ganancias
- _____ Logro credencial

14. Indique el número de estudiantes activos durante el último año:

Descripción:	Cantidad de Participantes	Forma de Pago de la Matrícula
Privados		
WIOA		
Rehabilitación Vocacional		
Veteranos		
Otros		
TOTAL		

15. Dirección Física: Anote la dirección de la Oficina principal e incluya una lista con nombre y dirección de los Recintos o Unidades en los cuales están autorizados a desarrollar adiestramientos u otras actividades de capacitación.

16. Comentarios Adicionales (Incluya cualquier otra información que considere relevante)

17. Favor de acompañar esta solicitud con toda la documentación requerida y solicitada entre esta los programas que van hacer incluido en el Registro.

IV. Estructura de la Institución:
<p>1. Estructura Organizacional (Incluya Organigrama):</p> <p>a. Describa los Servicios que Prestan: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. Estructura:</p> <p>a. Describa la estructura donde está establecida la Institución o Recinto que solicita pertenecer al Registro, incluya el equipo. Si la propiedad es rentada favor de presentar copia del contrato de arrendamiento.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>b. Favor Incluir un CROQUIS de las facilidades de la Institución o Recinto.</p>
<p>3. Permisos, Certificaciones y Licencias Requeridas:</p>
<p>a. Permiso de Uso ARPE:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de Permiso _____</p>
<p>b. Certificación de Inspección y Permiso del Cuerpo de Bombero:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de Permiso _____</p>
<p>c. Licencia Sanitaria:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de Licencia _____</p>

CERTIFICACIÓN:

Certifico que la información incluida en esta solicitud es correcta. Como prueba de ello, se han iniciado todas sus páginas. Además, se incluyen los anejos y documentos que complementa la misma. Entiendo que esta solicitud será revisada por la Junta Local y personal del ALDL Mayagüez – Las Marías. Los datos serán validados por funcionarios del Programa de Desarrollo Laboral, adscrito al Departamento de Desarrollo Económico y Comercio. De no ser correcta la información incluida u omitir información la misma no se recomendará favorablemente.

Nombre del Representante Autorizado

Firma del Representante Autorizado

Posición

Fecha

¹Presente evidencia de la certificación de Fondos del Título IV de HEA para el programa de adiestramiento en el recinto solicitado, donde conste la fecha de expedición