



**SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD AL REGISTRO DE
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE CARRERAS**

I. Información del Proveedor de Servicio:	
1. Nombre del Proveedor:	
2. Tipo de Entidad:	<input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Sin Fines de Lucro <input type="checkbox"/> Individuo
3. Dirección Física:	<hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Ciudad Zona Postal </div>
4. Dirección Postal:	<hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Ciudad Zona Postal </div>
5. Teléfonos: () , ()	Fax: ()
6. Correo Electrónico:	
7. Representante Autorizado (Información de la persona que dirige la Institución):	
a. Nombre Completo:	
b. Título:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Dra. <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"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Dra. <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"/> CEPR <input type="checkbox"/> otro: _____
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. Fecha de Expiración:	
C. Seguro por Desempleo (Certificación):	
a. Número de Planilla:	
b. Fecha de Radicación:	
c. Número de Certificación:	
4. Certificado de Incorporación:	
a. Fecha de Radicación:	
b. Número de Registro:	

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. Menciones las experiencias previas con otras Áreas Locales de Desarrollo Laboral y/u otras Agencias Federales, Estatales y Municipales durante el último año:

4. ¿Se le ha cancelado algún contrato?:

Sí No

De contestar afirmativamente, explique la razón:

5. Mencione las ayudas económicas estatales o federales que actualmente recibe su institución:

Pell Grant Veterano Rehabilitación Vocacional
 Stanford WIOA Otra (CES: Ayuda Educativa Suplementaria)

6. Indique bajo qué calendario opera la Institución:

Semestres Trimestres Cuatrimestres Otro _____

Indique la próxima fecha de comienzo, después del 1ro de julio:

(Favor de Incluir el Calendario Académico)

7. Los programas son ofrecidos:

En persona En línea Una combinación de ambas

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

9. Favor de acompañar esta solicitud con toda la documentación requerida.

IV. Estructura de la Institución:

1. Estructura Organizacional (incluya Organigrama):

a. Describa los servicios que

prestan: _____

2. Estructura:

a. Describa la estructura donde se ofrecerá los servicios, incluya el equipo. Si la propiedad es rentada, favor de presentar copia del contrato de arrendamiento.

b. Favor Incluir un **CROQUIS** de las facilidades de la Institución o Recinto.

3. Permisos, Certificaciones y Licencias Requeridas:

a. Permiso de Uso ARPE:

Sí No Número de Permiso _____

b. Certificación de Inspección y Permiso del Cuerpo de Bomberos:

Sí No Número de Permiso _____

c. Licencia Sanitaria:

Sí No Número de Licencia _____

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. 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