|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMISIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE TEXAS**  **Exención de capacitación**  **Ley de comercio 1974, según fue enmendada** | | Nombre de la petición: | |
| Número de la petición: |  |
| Nombre de la Oficina de Workforce Solutions: | Estado: |
| Nombre del trabajador (apellido, nombre): | | SSN:       EN ARCHIVO | Identificación de TWIST: |
| Dirección (No. de calle, ciudad o condado, estado, código postal): | | | Fecha de la petición: |
| PARA EL USO DEL PERSONAL DE LA OFICINA DE WORKFORCE SOLUTIONS   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | A.  B. | | Por ahora, la capacitación no es factible o apropiada debido a:  (1)  El trabajador tiene mala salud: Solicitud: Peticiones de la ley de Comercio de 2002, 2009, 2011 o 2015  (Para recibir TRA el trabajador debe cumplir con los criterios de poder trabajar y estar disponible para hacerlo.)  (2)  Matriculación no está disponible: Solicitud: Solo peticiones de la ley de Comercio de 2002, 2009, 2011 o 2015  (3)  Capacitación no está disponible: Solicitud: Peticiones de la ley de Comercio de 2002, 2009, 2011 o 2015  Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Resolución:  (1)  Aprobada Período de exención: Fecha de principio       Fecha de vencimiento (Sábado)    (2)  Se recomienda denegación  (3)  Se recomienda revocación: Fecha de principio | | | | | | | | | | | | Razón de la denegación o revocación (si aplica): | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Si se aprueba, la exención va a cubrir solo esas semanas del reclamo de UI o de TRA básico que caen entre las fechas de vigencia y de vencimiento en 1 (b) anterior a menos que sus circunstancias cambien y se revoque su exención. **Debe comunicarse con el administrador de su caso cada 30 días para examinar la condición de su exención. No hacer esto podría resultar en que se deniegue su reclamo de TRA.** Sus beneficios semanales de TRA básico le serán denegados por cualquier semana después de la fecha de vencimiento o exención a menos que se haya inscrito en un programa de capacitación aprobado por TAA o se le haya expedido una nueva exención. **Para recibir beneficios de TRA básico mientras esté cubierto por una exención, debe hacer un mínimo de tres contactos de búsqueda de trabajo cada semana. Si cambia el número de contactos necesarios se le informará por escrito.** | | | | | | | | | | | | | | C. | | | Certifico que he leído y entiendo la anterior recomendación y declaración | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | | Firma (Representante de la Oficina de Workforce Solutions) | | | | | Firma (trabajador) | | | | Firma del personal Merit | | | | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | | Nombre con letra de imprenta | | | | | Nombre con letra de imprenta | | | | Fecha de aprobación del personal Merit | | | | | D. | | | Distribución: Original al expediente de la Oficina de Workforce Solutions, una copia para el trabajador afectado por el comercio. | | | | | | | | | | | Si se está recomendando una denegación o revocación, este formulario se le presentará a la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (TWC) para una decisión. La decisión resultará en una resolución escrita, que se le mandará por correo. La resolución explicará sus derechos de apelación. | | | | | | | | | | | | | | Las personas puede recibir, examinar y corregir información que la TWC recopila acerca de ellos mandando un correo electrónico a [open.records@twc.state.tx.us](mailto:open.records@twc.state.tx.us) o escribiendo a TWC Public Information, Room 264, 101 East 15th, Austin, TX 78778-0001. La TWC es un empleador/programa de igualdad de oportunidades. Se dispone de ayuda y servicios auxiliares de ser pedidos por las personas que los necesitan. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |