



DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACION DE CAROLINA DEL SUR

OJT Formulario de Prácticas En El Trabajo Del Aprendiz

(Para ser sometido directamente al Coordinador del Programa de Capacitación En El Trabajo de SCDOT)

SC Número del Archivo _____ Condado del Proyecto _____

Seguro Social # _____ Número de Teléfono () _____

Nombre del Aprendiz _____

Domicilio _____

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo)

Status: Nuevo Empleado Promoción (Si es un advance, clasificación anterior _____)

Desventaja (Definición por SCDOT): Yes No **Gender:** Masculino Femenino

Raza:

- Blanco Negro/Afroamericano Nativo de Hawai/Otros Isleño del Pacífico
- Asiático Hispanic/Latino Indio Americano/Nativo de Alaska
- Dos o más razas (porfavor de indentificar _____)

Company Name _____

Nombre de Empresa _____

Dirección _____

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo)

Persona de Contacto _____ Número de Teléfono () _____

Clasificación de Formación/Entrenamiento _____ Horas Requeridas _____

Instructor _____ Fecha prevista para empezar el entrenamiento _____

EL ENTRENAMIENTO NO DEBERIA DE COMENZAR HASTA QUE SEA APROVADO POR EL CORDINADOR DEL PROGRAM DE OJT DEL DEPARTAMENTO DE CAROLINA DEL SUR DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIONES.

Este es para certificar que, al mejor de mi conocimiento, nunca me he graduado de un programa de Entrenamiento tampoco me han pagado como a un empleado experto en esta clasificación. También no tengo un conociemiento significativa de la experiencia en esta clasificación de entrenamiento. Además, me han dado una copia del Contorno del entrenamiento mostrando a las horas requeridas y las técnicas aplicadas necesarias de completar el Entrenamiento para esta clasificación. _____ (Applicant initials)

Firma del Empleado _____
Fecha

Firma del Patrón _____
Fecha

Firma del Cordinador del Programa SCDOT OJT _____
Fecha

ESTE ES UN PROGRAMA DE OPORTUNIDADES DE LA IGUALDAD



DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE DE CAROLINA DEL SUR

Con el propósito del programa de entrenamiento-en-el-lugar-de-trabajo y en cumplimiento de los requisito de la TSP (Training Special Provision)

UNA PERSONA "DESFAVORECIDA"

Es una persona que cumple con al menos uno de los siguientes criterios:

- Una persona que recibe, o es miembro de una familia u hogar que recibe dineros de asistencia de un programa, programa de asistencia publica, ya sea federal, estatal, o local.
Una persona que es miembro de una familia u hogar que recibe (o que dentro de los pasados 6 meses ha sido identificado como elegible a recibir) Tarjeta de Cupones de Alimentos/EBT bajo la Ley FoodStamp de 1977.
Una persona que es hijo adoptivo o de crianza, en nombre del cual el gobierno local o estatal hace pagos.
Una persona que no tiene un diploma de escuela secundaria.
Una persona de una familia cuyo ingreso familiar anual total está por debajo de los siguientes límites:

Table with 2 columns: No. de personas en la familia/hogar and Guías de Pobreza. Rows show income thresholds for 1-8 family members, plus a note for families with more than 8 people.

- Una persona con una discapacidad cuyo ingreso personal cumple con los criterios de ingresos establecidos anteriormente, incluso si la familia del individuo no cumple con el criterio de ingresos.
Una persona calificada como una persona sin hogar, de acuerdo con la Ley de asistencia para personas sin hogar de Hogar Stewart B. McKenney.

Sec. 11302. 11302 seg. Definición general de persona sin hogar
A) En general el término "indigente" o "individuo sin hogar" o "persona sin hogar" incluye:
1) Un individuo que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada;
2) Una persona que tiene como residencia nocturna principal, un lugar público o privado no diseñado para, o que normalmente no se utiliza como alojamiento para dormir para seres humanos, incluyendo carros, parques, edificios abandonados, estaciones de autobús o tren, aeropuertos o zonas para acampar;
3) Una persona que vive en un refugio público o privado, designado para proporcionar vivienda temporal (incluidos hoteles y moteles pagados por programas federales, estatales o locales, para personas de escasos recursos o pagados por organizaciones de caridad, refugios colectivos o viviendas de transición.)
4) Una persona que reside en un refugio o lugar no destinado para vivienda humana y que está saliendo de una institución donde residía temporalmente.
Exclusión: el término "sin hogar" o "individuo sin hogar" no incluye ningún individuo que haya sido encarcelado o detenido en conformidad con una ley del Congreso o una ley estatal

(Las directrices de la pobreza que se actualizan periódicamente en el Registro Federal de los Estados Unidos Departamento de salud y servicios humanos bajo la autoridad de 42 U.S.C. 9902(2). Registro Federal, Vol. 83, No. 12, 12 de enero de 2022, pp. 3060-3061.



REPORTE MENSUAL DE SITUACIÓN DEL ENTRENAMIENTO South Carolina Department of Transportation – On-The-Job Training Program

INSTRUCCIONES: Este reporte es para ser completada por el contratista (o subcontratista) mensuales para cada individuo que ha recibido entrenamiento durante el mes en un proyecto bajo los requisitos de disposición especial de entrenamiento. El informe es para someterse al LPA/Consultor cada 10 del mes siguiente al final del período de notificación. Una copia del informe debe ser enviada al LPA / / Consultor y una copia para ser entregadas a los alumnos. Informes deben ser presentados mensualmente en cada alumno, aunque entrenamiento no se realizó durante el mes.

(1) Número del Archivo de LPA S.C.:		(2) Nombre del Aprendiz:			(3) Fecha del Informe Final:	_____ 20____					
(4) Categoría del Entrenamiento Empleado Nuevo <input type="checkbox"/> Merito <input type="checkbox"/>	(5) Es el Aprendiz una persona Desfavorecida? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				(6) : El Género del Aprendiz M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>						
(7) La Raza del Aprendiz <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiatic <input type="checkbox"/> Hispanico/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Hawaii/Otros Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Dos o Mas Razas (porfavor de intentificar _____)											
(8) Clasificación del Entrenamiento:					(9) Horas Totales Requeridas						
(10) Fecha Aprobada para el Aprendiz comienze su entrenamiento:					ENTRENAMIENTO/CAPACITACIÓN NO DEBE COMENZAR HASTA QUE HAYA RECIBIDO AUTORIZACIÓN DEL COORDINADOR OJT DEL PROGRAMA SCDOT						
INSTRUCCIONES: Una columna vertical debe ser completado para cada mes posterior y el formulario reenviado. Escriba el mes y año según corresponda en las columnas A través de J. Cada informe debe ser acumulativo.											
Line No.	Mes	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	Horas de Entrenamiento	20 ____	20 ____	20 ____	20 ____	20 ____	20 ____	20 ____	20 ____	20 ____	20 ____
(11)	Durante el mes en este Proyecto										
(12)	Propocionado hasta la fecha del Proyecto										
(13)	Horas acumuladas transferidas de otro proyecto										
(14)	Restante para completar el programa										
(15) Lista de formación recibida en esta clasificación durante el mes en cualquier otro proyecto. (Certificadas o no certificados nóminas para transferir empleos privados horas deben adosarse.)					Numero del Project	Horas Transferidas	Numero del Proyecto	Horas Transferidas			
					(1)		(4)				
					(2)		(5)				
					(3)		(6)				

(16) Comentarios sobre el progreso del alumno/explicación de por qué no finalizó el entrenamiento del mes especificado/cualquier otros comentarios pertinentes:		
(17) Estado actual del Aprendiz: <input type="checkbox"/> Continuando <input type="checkbox"/> Terminado (Debe de Adjuntar una copia o Forma de la Terminacion del Alumno/Aprendiz)		(18) Fecha de Completacion:
(19) Firma y Titulo de la persona que llene el formulario:		
(20) Nombre y número de teléfono del contratista:		
(21) Firma del Cordinador del Programa OJT/SCDOT:	(22) Fecha de la Firma:	



FORMA DE TERMINACIÓN DEL APRENDIZ

Departamento de Transportación de Carolina del Sur - Programa de Entrenamiento en el Trabajo

INSTRUCCIONES: Este informe debe ser completado por el contratista (o subcontratista) y unido el último estado del reporte LPA de Formación Mensual del Aprendiz. Por favor, envíe al LPA / Consultor tan pronto como aprendiz termina del programa de entrenamiento. El LPA / Consultor deberá remitir de inmediato la forma y el resto de la documentación que acompaña a dicho entrenamiento (esto último LPA MBSR, Certificado de Formación) a la Coordinadora del Programa de OJT SCDOT. Una copia se debe dar al alumno si él / ella sigue trabajando con el contratista

(1) Número del Archivo de S.C:		(2) Nombre del Aprendiz:		(3) Numero Telefonico del Aprendiz:	
(4) Domicilio del Aprendiz:	Numero de La Casa y Calle		Ciudad	Estado	Codigo
(5) Categoría de Entrenamiento Nuevo Empleado <input type="checkbox"/> Promoción <input type="checkbox"/>	(6) Es Aprendiz una Persona Con desventajas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		(7) Género del Aprendiz M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
(8) Trainee's Race <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/ Otros Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Dos o Mas Razas (porfavor de identificar _____)					
(9) Clasificación del Entrenamiento:		(10) Fecha Aprobada para el Aprendiz para el comienzo del Entrenamiento:			
(11) Horas Total requeridas:		(12) Nombre del Supervisor del Aprendiz:			
(13) Posición/Título del Supervisor:		(14) Número del Teléfono del Supervisor::			
(15) Motivo para la terminación del entrenamiento (cuando sea necesario para dar explicaciones adicionales en el cuadro siguiente):					
SC	<input type="checkbox"/>	A completado satisfactoriamente el entrenamiento con las horas requeridas y lograron las habilidades necesarias [por favor adjuntar certificado]	H	<input type="checkbox"/>	Problemas de Salud/Enfermedad
N	<input type="checkbox"/>	No other work available; construction phase completed [EXPLAIN in (16) below what trainee is doing now]	D	<input type="checkbox"/>	Muerte
TF	<input type="checkbox"/>	Transferred to another job [NOTE: if transferred to SC project with OJT requirements, GIVE SC FILE NO. _____]	L	<input type="checkbox"/>	Despido / reducción
A	<input type="checkbox"/>	Otra Empresa / Negocio lo contrato [El o Ella]	TP	<input type="checkbox"/>	Problemas de Transportacion o Distancia
C	<input type="checkbox"/>	Cambio de Clasificación	P	<input type="checkbox"/>	Personal problems [please EXPLAIN in (16) below]
M	<input type="checkbox"/>	Se Movio / Salio de la Zona	F	<input type="checkbox"/>	Fired [please EXPLAIN in (16) below]
Q	<input type="checkbox"/>	Termino/sin ninguna explicacion [Porfavor explique [16]	O	<input type="checkbox"/>	Other [please EXPLAIN in (16) below]
(16) Explicación del número [15]:					
(17) Calidad del Aprendiz al final del período de entrenamiento <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Insatisfactorio				(18) Fecha del reporte Completado:	
(19) Firma y título de la persona que lleno el formulario:					
(20) Nombre y número de Teléfono del Contratista:					
(21) LPA/Consultant's Signature:				(22) Date Signed:	

Certificación de Entrenamiento

El siguiente es para certificar que

(Nombre del Alumno/Aprendiz)

Ha completado con éxito _____ horas de Capacitación Entrenamiento como un

(Clasificación de Entrenamiento)

bajo un programa de Capacitación aprobado por el Departamento de Transporte de Carolina del sur y la Administration Federal de Carreteras- oficina de la División de Carolina del Sur.

Presentado este _____ día de _____, _____.

Formación /Entrenamiento fue administrada por

(Nombre del Contratista)

Representante del Empleador

Título

