|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre de la organización de capacitación | 2. Número de identificación fiscal federal |
| 3. Dirección postal | 4. Ciudad | 5. Estado | 6. Código postal |
| 7. Dirección física | 8. Ciudad | 9. Estado | 10. Código postal |
| 11. Nombre y cargo de la persona de contacto: |
| 12. Correo electrónico Dirección de la persona de contacto: | 13. Número de teléfono de la persona de contacto: |
| 14. Dirección postal de la persona de contacto (si es diferente a la anterior) |
| 15. Año de establecimiento | 16. Dirección del sitio web: |
| 17. Tipo de entidad Otro, no incluido Otro (por favor describa)  |
| 18. ¿Su organización proporciona asistencia para la búsqueda de empleo o servicios de colocación? Sí No (en caso afirmativo, describa) |
| 19. ¿Qué tipos de ayuda financiera están disponibles para los estudiantes? |
| 20. ¿Tiene su organización una política de reembolso de la matrícula? Sí No(en caso afirmativo, adjunte la política, incluidos los plazos y el porcentaje de reembolso) |
| 21. Nombre de la persona de contacto de ayuda financiera | 22. Dirección de correo electrónico de la persona de contacto de ayuda financiera |
|  |  |  |  |  |  |  |

Solicitud de proveedor de capacitación

|  |
| --- |
| 23. Proporcione tres referencias de clientes, incluida la información de contacto: |
| 1. |
| 2. |
| 3. |

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

Además de los anexos asociados con las secciones anteriores de esta solicitud,copias de los siguientes documentos **DEBEN** incluirse:

1. Copia de la documentación de supervisión de Virginia (SCHEV, Escuela de Enfermería de VA, etc.)

2. Copia de la licencia para realizar negocios en Virginia

3. Copia del procedimiento de quejas del proveedor de capacitación para personas con quejas sobre problemas, como discriminación, accesibilidad, etc.

4. Certificación de suspensión / inhabilitación (incluida en el paquete)

5. Certificación contra la discriminación (incluida en el paquete)

6. Para cada programa de capacitación, complete la solicitud del programa de capacitación (incluida en el paquete) y proporcione la documentación que incluye

1)

Descripción del programa de capacitación, 2) Esquema del programa, 3) Habilidades a obtener.

#

#

#

# **CERTIFICACIÓN CON RESPECTO A DEBARMENTO, SUSPENSIÓN, INELEGIBILIDAD Y EXCLUSIÓN VOLUNTARIA — TRANSACCIONES CUBIERTAS DE NIVEL INFERIOR**

(1) El posible proponente de subcontratos de nivel inferior certifica, mediante la presentación de esta propuesta, que ni él ni sus directores están actualmente inhabilitados, suspendidos, propuestos para inhabilitación, declarados no elegibles o excluidos voluntariamente de la participación en esta transacción por cualquier departamento o agencia federal.

(2) Cuando el posible proponente de subcontratos de nivel inferior no pueda certificar alguna de las declaraciones de esta certificación, dicho posible proponente de subcontratos adjuntará una explicación a esta propuesta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organización

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma autorizada Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y título en

#

# **letra de imprenta CERTIFICACIÓN ANTIDISCRIMINACIÓN**

El Contratista certifica al Estado Libre Asociado que se ajustará a las disposiciones de la Ley Federal de Derechos Civiles de 1964, según enmendada, así como a la Ley de Contratación de Empleo Justo de Virginia de 1975, según enmendada, cuando corresponda, la Ley de Virginia con Discapacidades, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la Sección 11-51 de la Ley de Contratación Pública de Virginia que establece:

 En cada contrato de más de $ 10,000 se aplican las disposiciones en (a) y (b) a continuación:

1. Durante la ejecución de este contrato, el Contratista acuerda lo siguiente:
	1. El Contratista no discriminará a ningún empleado o solicitante de empleo debido a suraza, religión, color, sexo, origen nacional o discapacidades, excepto cuando la religión, el sexo o el origen nacional sea una calificación ocupacional de buena fe razonablemente necesaria para el funcionamiento normal. del Contratista. El Contratista se compromete a publicar en lugares visibles, a disposición de los empleados y solicitantes de empleo, avisos que establezcan las disposiciones de esta cláusula de no discriminación.
	2. El Contratista, en todas las solicitudes o anuncios de empleados colocados por el Contratista o en su nombre, indicará que dicho Contratista es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades.
	3. Los avisos, anuncios y solicitudes colocados de acuerdo con la ley, regla o reglamento federal se considerarán suficientes para cumplir con los requisitos de esta sección.
	4. Ell Contratista incluirá las disposiciones de (a) anterior en cada subcontrato u orden de compra superior a $ 10,000, de modo que las disposiciones serán vinculantes para cada subcontratista o proveedor.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organización

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma autorizada

**Certificación y representación de**

I, (Nombre) como (Titulo de agencia solicitante),

Por lapresente certifica y representa lo siguiente:

1. Que la información contenida en esta solicitud y todos los adjuntos es verdadera y correcta a mi leal saber y entender; y
2. Esa (Entidad solicitante) permitirá a los representantes de la Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral y el Estado de Virginia acceder a sus instalaciones, personal y registros con el fin de verificar la información contenida en esta solicitud y para recopilar cualquier información adicional relacionada con sus calificaciones como proveedor. de los servicios de formación en el marco de la WIOA.
3. Entiendo que la aprobación de una LWDB coloca al proveedor y al programa en la Lista de Proveedores de Capacitación Elegibles del estado, pero no garantiza que un área local financie la actividad de capacitación aprobada a través de la emisión de una ITA. Esa determinación se basa además en la política local que debe incluir, como mínimo, la relevancia de la capacitación para demandar ocupaciones que tienen demanda a nivel regional, la disponibilidad de fondos locales y la probabilidad de que la capacitación ayude al individuo a alcanzar sus objetivos profesionales y empleo. La selección de un proveedor de formación se basa en la elección de los participantes.

 *Firmado esto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_día de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Número de teléfono y dirección de correo electrónico*