**PROVEEDOR DE CAPACITACIÓN ELEGIBLE / DESEMPEÑO DEL PROGRAMA**

**Recertificación 2019-2020**

**LA FUERZA LABORAL JUNTA DE DESARROLLO DESOUTH CENTRAL**

**Nombre del proveedor:**

**Contacto del proveedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Información actualizada del programa o costos revisados ​​(describa a continuación):**
2. **Proporcione la siguiente información por programa para cada uno de los resultados que se enumeran a continuación. Los datos se validarán anualmente a través de informes de Virginia Workforce Connection.**

**A. Tasa de finalización de la formación (debe alcanzar o superar el 50%):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Programa** | **Número de Número de inscritos en la formación** | **Número de finalistas exitosos** | **Tasa de finalización de la formación (%)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**B. Obtención de credenciales Rate (debe cumplir o superar el 65%):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Programa** | **#éxito que finalizaron** | **#alcanzado una de credenciales** | **credencial Tasa logro(%)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**C. consiguieron empleotarifas:La Junta Local utilizará las tasas de empleo de los matriculados en formación durante el 2° y 4° trimestre después de que el participante se sale del programa WIOA al considerar la re-certificación de un proveedor de formación. Proveer la siguiente información de empleo por programa:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Programa** | **# Inscritos en capacitación** | **# Empleados al finalizar la capacitación** | **Tasa de empleo (%)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Enumere los nombres de los empleadores que contrataron a los participantes capacitados:**

**D. puesto de formación Ganancias: Los ingresos reportados se reportarán como lamediana gananciapara los empleados en el2º trimestredespués de la salida. Proporcione los ingresos utilizando el Número de empleados al finalizar la capacitación (en III. Arriba) y enumere cada salario en orden ascendente (por monto de salario) y el número de personas que ganan ese monto.**

DE COMMONWEALTH OF VIRGINIA

HERRAMIENTA DE MONITOREO DE LA REVISIÓN ANUAL

Proveedor de capacitación elegible

Fecha: Nombre del contacto: Cargo:

Nombre del proveedor de capacitación:

Dirección del proveedor de capacitación

|  |
| --- |
| *Cumplimiento de la política de igualdad de oportunidades:* |

1. ¿Tiene un procedimiento de quejas, que incluye quejas por discriminación? o Sí o No

Si laes no, describa cómo se manejarían las quejas por discriminación.

2. ¿Tiene el cartel de la Ley de Igualdad de Oportunidades que se exhibe de manera prominente?

o Sí o No

a. Si tiene el cartel de Igualdad de Oportunidades, ¿se muestra de manera destacada el cartel de la Ley? ¿Dónde está ubicado?

3. ¿Tiene una política para atender a los estudiantes con discapacidades? (proporcione una copia) o Sí o No

Si laes no, describa cómo se aseguraría de que los estudiantes con discapacidades tuvieran el mismo acceso a los programas de capacitación.

4. ¿Tiene una política para atender a los estudiantes con dominio limitado del inglés? o Sí o No

(Proporcione una copia) Si la respuesta es no, describa cómo se aseguraría de que las personas con dominio limitado del inglés tuvieran el mismo acceso a los programas de capacitación.

5. ¿Se asegura de que la formación se imparta en el entorno más accesible? o Si o No

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador / Programa de Igualdad de Oportunidades. Ayudas y servicios auxiliares disponibles a pedido para personas con discapacidades.