



# Project OPEN El Faro Application



NAME: \_\_\_\_\_ PHONE NO. \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_ Arrival Date Osceola County: \_\_\_\_\_

Previous Address: \_\_\_\_\_

Registration Agency: \_\_\_\_\_

Household size: \_\_\_\_\_ Children under 18: \_\_\_\_\_ Ages: \_\_\_\_\_

Currently Employed: Yes  No  If yes, Employer: \_\_\_\_\_ Phone No. \_\_\_\_\_

Highest Level of Education:  HS  AA  BA/BS  MA

Do you have a computer? Yes  No  Do you have a printer? Yes  No

Do you have access to the internet? Yes  No

Do you have any arrests in your background? Yes  No  If yes, please explain: \_\_\_\_\_

Can you pass a drug screen? Yes  No  If no, please explain: \_\_\_\_\_

Are you using any government services for support: Yes  No  If yes:

SUPPORT	START	END	Other
<input type="checkbox"/> Rental Assistance	_____	_____	<input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Welfare (TANF)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Food Stamps	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medicaid	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> SSI/SSDI	_____	_____	_____

What do you consider barriers to your success?

<input type="checkbox"/> Language	<input type="checkbox"/> Certification or License did not transfer
<input type="checkbox"/> Education	Certification/License Type: _____
<input type="checkbox"/> Job Skills different	Reason Not Transferred: _____
<input type="checkbox"/> Transportation	_____
<input type="checkbox"/> Child Care	_____
<input type="checkbox"/> Other _____	

What would like to accomplish through this program? \_\_\_\_\_

How do you feel about school work and learning environments? \_\_\_\_\_

What do you feel would help bridge the gap to help you achieve your career goals? \_\_\_\_\_

Please fill out and return to: [rberberena@communityvision.org](mailto:rberberena@communityvision.org)  
For more information contact 407-933-0870





# Project OPEN El Faro Aplicación



NOMBRE: \_\_\_\_\_ NUM. TEL \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

Fecha que llegó al Condado de Osceola: \_\_\_\_\_ Dirección Previa: \_\_\_\_\_

Agencia donde se inscribió: \_\_\_\_\_

Número de Personas que viven en Casa: \_\_\_\_\_ Niños menos de 18: \_\_\_\_\_

Edades: \_\_\_\_\_ Estás empleado actualmente:  Sí  No

Empresa: \_\_\_\_\_ Num.Tel: \_\_\_\_\_

Nivel más Alto de Educación:  ES  AA  BA/BS  MA

¿Tienes acceso a computadora?  Sí  No Tienes acceso a impresora?  Sí  No

¿Tienes acceso a la red social?  Sí  No

¿Ha sido arrestado alguna vez?  Sí  No Si contesta sí, por favor explique la razón: \_\_\_\_\_

Puedes pasar un examen de drogas?  Sí  No Si contesta no, favor explique la razón: \_\_\_\_\_

Estás utilizando algún servicio del gobierno como apoyo?  Sí  No Si contestas sí:

TIPO DE APOYO	COMENZO	TERMINO	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Asistencia con Alquiler	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Welfare (TANF)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Food Stamps	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medicaid	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> SSI/SSDI	_____	_____	_____

Consideras algunos de los siguientes como barrera(s) para su éxito?

Lenguaje  Certificación o Licencia que no pudo transferir a Florida

Educación \_\_\_\_\_

Habilidades de Trabajo \_\_\_\_\_

Transportación \_\_\_\_\_

Cuidado de Niño \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Tipo de Certificación o Licencia: \_\_\_\_\_

Razón por lo cual no pudo transferir la certificación/licencia: \_\_\_\_\_

Qué desea lograr con éste programa? \_\_\_\_\_

Cómo se siente en cuanto a asignaciones de escuela? Cómo se siente en cuanto a trabajo de escuela y ambientes de aprendizaje? \_\_\_\_\_

Qué puede ayudarle cubrir la brecha y lograr sus metas de su carrera? \_\_\_\_\_

Favor de llenar y enviar aplicación a: [rberberena@communityvision.org](mailto:rberberena@communityvision.org)  
Para más información llame a: 407-933-0870

