Self-Employment Assistance Program Unit
Harriman State Office Campus
Building 12, Room 226
Albany, NY 12240-0001

Programa de Asistencia para Empleo por Cuenta Propia (Self-Employment Assistance Program, SEAP) Plan de Servicios Individuales

Instrucciones: Utilice este formulario para enumerar las clases de capacitación y de desarrollo de habilidades que tomará para prepararse para abrir su negocio. Si necesita más espacio, puede adjuntar más hojas. Debe completar al menos 20 horas de capacitación en un salón de clases y asistir a 2 sesiones con un consejero de negocios. **No es necesario que complete la capacitación o la consejería antes de enviarnos este formulario**. Deberá utilizar otro formulario —la Verificación de Servicios Individuales— para demostrar que asistió a la capacitación.

Envíe este formulario en línea a través de: www.labor.ny.gov/signin.

1. Inicie sesión en su cuenta de servicios en línea.
2. Haga clic en el icono del sobre que figura en la parte superior derecha para crear un nuevo mensaje.
3. Seleccione "SEAP – Submit Benchmark Forms" en la primera línea del asunto de su mensaje.
4. Ingrese el nombre del formulario en la segunda línea del asunto.
5. No adjunte más de un formulario a su mensaje.

También puede enviar el formulario por fax al (518) 402-6586 o por correo a la dirección que aparece arriba. Si lo envía por fax, **no** envíe el original. Si no recibimos este formulario a más tardar en la fecha límite, no será elegible para recibir los beneficios de SEAP desde la fecha límite hasta la fecha en que se reciba el formulario.

Nombre: _____ Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: | | | | |

Parte I: Información del Consejero de Negocios
Proporcione la información de contacto del consejero de negocios con quien se reunirá durante su participación en el programa y la fecha de su primera cita.

Nombre y título del consejero de negocios: _____

Agencia/Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha de la primera cita: _____

Parte II: Información de Capacitación/Talleres
Indique las clases de capacitación que se propone tomar. **No presente este formulario a menos que cuente con 20 horas o más de capacitación.** Si necesita añadir o eliminar una clase después de presentar este formulario, llame a la Unidad del SEAP al (518) 485-1597.

Escuela/Agencia: _____ N.° de teléfono: ( ) _____

Dirección de la Escuela/Agencia: _____

Taller/Clase: _____

Fechas de capacitación: _____ Cantidad de horas: _____

Escuela/Agencia: _____ N.° de teléfono: ( ) _____

Dirección de la Escuela/Agencia: _____

Taller/Clase: _____

Fechas de capacitación: _____ Cantidad de horas: _____

Escuela/Agencia: _____ N.° de teléfono: ( ) _____

Dirección de la Escuela/Agencia: _____

Taller/Clase: _____

Fechas de capacitación: _____ Cantidad de horas: _____

Escuela/Agencia: _____ N.° de teléfono: ( ) _____

Dirección de la Escuela/Agencia: _____

Taller/Clase: _____

Fechas de capacitación: _____ Cantidad de horas: _____

Escuela/Agencia: _____ N.° de teléfono: ( ) _____

Dirección de la Escuela/Agencia: _____

Taller/Clase: _____

Fechas de capacitación: _____ Cantidad de horas: _____

Cantidad total de horas = _____

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas.

Firma: _____ Fecha: _____