

REGISTRO DEL SOLICITANTE

SNE-01

Entidad Federativa

Para brindarle un mejor servicio, favor de proporcionar todos los datos que se le solicitan, los cuales son obligatorios y bajo protesta de decir verdad. Este formato deberá ser llenado con letra de molde legible y los datos serán incorporados y tratados con fines de control y seguimiento en el sistema. De igual manera, serán protegidos conforme a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás normatividad aplicable.

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A

Datos personales

Datos de la Clave Única de Registro de Población (CURP)

La CURP le servirá como identificador para su registro en el Servicio Nacional de Empleo (SNE)

Fecha de nacimiento Sexo Lugar de nacimiento
AAMMDD H | M

CURP

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--

--	--

--	--	--	--

--	--

Edad: _____

Nombre (s)

Primer apellido

Segundo apellido

¿Tiene alguna discapacidad? Ninguna () Motora () Visual () Auditiva () Intelectual () Mental ()

Datos de contacto

Teléfono: debe anotar un total de 10 dígitos (Clave LADA + teléfono)

Teléfono fijo			País		LADA		Teléfono		no tengo
	Personal () Referencia ()								
	Personal () Referencia ()								
Teléfono móvil			Clave				Teléfono		no tengo
	Personal () Referencia ()								
	Personal () Referencia ()								
Correo electrónico			Usuario				Dominio		no tengo
	Personal () Referencia ()			@					

*Nota: al menos un dato de contacto es obligatorio; el número de teléfono será verificado por el SNE, y por medio de correo se enviará un mensaje para ser confirmado. En caso de no poder contactarlo a través de ninguno de estos medios de contacto proporcionados, no se podrá brindar el apoyo.

Domicilio actual

Código Postal	Entidad federativa donde radica	Municipio o delegación	Colonia	Localidad
Calle			Número exterior	Número interior
¿Entre qué calles?				
_____ y _____				

Confidencialidad de datos

¿Desea que sus datos personales permanezcan confidenciales para el contacto inicial con el empleador? Sí () No ()

Escolaridad y otros conocimientos

Estudios

Último grado de estudios	Carrera o especialidad	Situación académica Ninguno () Trunca () Estudiante () Pasante () Diploma o certificado () Titulado () Año de término de estudios: _____
--------------------------	------------------------	---

¿Realizó sus estudios con apoyo de PROSPERA Programa de Inclusión Social? () Sí () No

Si cuenta con No. de Familia ID PROSPERA anótelos en el siguiente recuadro:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si cuenta con No. de Integrante PROSPERA anótelos en el siguiente recuadro:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Otros estudios

Nombre del estudio _____ ¿Cuenta con documento probatorio? () Sí () No

Descripción

Nombre del estudio _____ ¿Cuenta con documento probatorio? () Sí () No

Descripción

Nombre del estudio _____ ¿Cuenta con documento probatorio? () Sí () No

Descripción

Idiomas adicionales

Idioma adicional	Dominio del idioma	Certificación
		En el caso particular de inglés con certificación, indicar: Puntos obtenidos _____ Fecha de expedición del certificado _____

Conocimientos con que cuenta

Nombre del conocimiento / herramienta / o maquinaria Experiencia (años)

Descripción del conocimiento, herramienta o maquinaria

Nombre del conocimiento / herramienta / o maquinaria Experiencia (años)

Descripción del conocimiento, herramienta o maquinaria

Nombre del conocimiento / herramienta / o maquinaria Experiencia (años)

Descripción del conocimiento, herramienta o maquinaria

Experiencia y expectativa laboral

Experiencia / trabajo actual o último

- Hace menos de 2 meses me encontraba trabajando Tengo experiencia, pero no he trabajado al menos los últimos 2 meses
 Sería mi primer empleo
 Me encuentro trabajando, más de 35 horas a la semana Me encuentro trabajando, menos de 36 horas a la semana

Área de negocio en la que trabaja o trabajó:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Apoyo de oficina <input type="checkbox"/> Call center y servicio al cliente <input type="checkbox"/> CEO y dirección general <input type="checkbox"/> Ciencias y tecnología <input type="checkbox"/> Conservación agrícola y animales <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Consultoría y estrategia <input type="checkbox"/> Contabilidad <input type="checkbox"/> Deportes y recreación <input type="checkbox"/> Diseño y arquitectura <input type="checkbox"/> Educación y capacitación <input type="checkbox"/> Gobierno y defensa <input type="checkbox"/> Industrias y actividades creativas <input type="checkbox"/> Ingeniería (excepto Tecnologías de la Información) <input type="checkbox"/> Instalación, mantenimiento, y reparación | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Manufactura y producción <input type="checkbox"/> Medios de comunicación y publicidad <input type="checkbox"/> Mercadotecnia y comercialización <input type="checkbox"/> Minería y energía <input type="checkbox"/> Oficios y servicios <input type="checkbox"/> Propiedades y bienes raíces <input type="checkbox"/> Recursos humanos y reclutamiento <input type="checkbox"/> Sector salud / medicina <input type="checkbox"/> Seguros, fianzas y pensiones <input type="checkbox"/> Servicios a la comunidad <input type="checkbox"/> Servicios bancarios y financieros <input type="checkbox"/> Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) <input type="checkbox"/> Transporte, distribución y logística <input type="checkbox"/> Turismo, hospedaje y restaurantes <input type="checkbox"/> Ventas |
|---|--|

Subárea de negocio

Funciones

(Describa las actividades que hace o hizo relacionadas a su área de negocio; ejemplo, apoyo de oficina: elaboraciones de nómina, altas, bajas y modificaciones en el Seguro Social; Infonavit, pago de nómina, etcétera).

Nivel del puesto

Operario () Técnico () Mandos medio administrativo ()
Mandos medio producción () Directivo-gerente ()

Fecha de ingreso (mm/aaaa) ____ / ____

Fecha de terminación (mm/aaaa) ____ / ____

¿Número de personas a cargo? _____

Salario MENSUAL neto recibido (no incluya centavos) después de retenciones (impuestos, aportaciones, etcétera). \$ _____

Expectativa laboral

Área de negocio en la que pretende trabajar:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> () Administración () Apoyo de oficina () <i>Call center</i> y servicio al cliente () CEO y dirección general () Ciencias y tecnología () Conservación agrícola y animales () Construcción () Consultoría y estrategia () Contabilidad () Deportes y recreación () Diseño y arquitectura () Educación y capacitación () Gobierno y defensa () Industrias y actividades creativas () Ingeniería (excepto Tecnologías de la Información) () Instalación, mantenimiento, y reparación | <ul style="list-style-type: none"> () Legal () Manufactura y producción () Medios de comunicación y publicidad () Mercadotecnia y comercialización () Minería y energía () Oficios y servicios () Propiedades y bienes raíces () Recursos humanos y reclutamiento () Sector salud / medicina () Seguros, fianzas y pensiones () Servicios a la comunidad () Servicios bancarios y financieros () Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) () Transporte, distribución y logística () Turismo, hospedaje y restaurantes () Ventas |
|---|--|

Subárea de negocio:

Funciones que pretende realizar:

Nivel del puesto que le interesa

Operario () Técnico () Mandos medio administrativo ()
Mandos medio producción () Directivo-gerente ()

Años de experiencia en el área de negocio en la que pretende trabajar:

¿Qué salario MENSUAL neto pretende (no incluya centavos) (Después de retenciones-impuestos, aportaciones, etcétera)? \$ _____

¿Está interesado en obtener información de ofertas de empleo provenientes de una entidad/país diferente a las de su domicilio?

- () Sí, sólo de otro país () Sí, sólo de otra entidad federativa () Sí, de cualquier lugar fuera de la entidad federativa de mi domicilio
() No

Información complementaria

¿Habla alguna lengua indígena? No () Sí () especifique: _____

¿A cuánto asciende su **ingreso mensual neto** en su núcleo familiar? \$ _____

¿Considera que requiere capacitación para adquirir o fortalecer sus conocimientos y habilidades para encontrar un trabajo? Sí () No ()

¿En qué considera que necesita capacitación?

¿Cuenta con tiempo mínimo de seis horas diarias para tomar un curso de capacitación? Sí () No ()

¿Ya tiene un negocio por cuenta propia? No () Sí () ¿Qué tipo o giro de negocio? _____

¿Pretende poner un negocio por cuenta propia? No () Sí ()

¿Cuenta con recursos para iniciarlo? No () Sí ()

¿Ha sido beneficiado del Programa de Apoyo al Empleo o algún otro programa federal? No () Sí () ¿Cuál? _____
especifique

Indique cuál es su Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), la cual debe estar activa.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nombre del banco:

En caso de ser aceptado para participar en algún curso del subprograma Bécate en las modalidades de Capacitación en la Práctica Laboral, Capacitación para el Autoempleo y Capacitación para Técnicos y Profesionistas, tendrá derecho a un seguro contra accidentes. Por lo que se le solicita designe a sus beneficiarios (se sugiere que sea sólo uno y que sea mayor de edad).

Nombre completo	Domicilio	Parentesco	Porcentaje

Señale si cuenta con los siguientes documentos:

Identificación oficial () Especifique cuál _____	Documento que acredite su nivel de escolaridad () Especifique cuál _____	Comprobante de domicilio reciente () Especifique cuál _____
--	--	---

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos.

Solicitante

“En el Marco de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, manifiesto que tengo conocimiento que mi solicitud de participación en el Programa de Apoyo de Empleo es para la Vinculación a una oferta laboral por lo que autorizo que mis datos personales se proporcionen a los empleadores y en caso de apoyos económicos a instituciones financieras para el medio de pago. Adicionalmente, pueden ser utilizados con fines estadísticos e intercambio entre instituciones públicas gubernamentales nacionales e internacionales para una mejor identificación de la problemática del desempleo y toma de decisiones gubernamentales”.

Nombre: _____

Firma: _____

Sólo para ser llenado por la Oficina del Servicio Nacional de Empleo (OSNE)

Cuestionario sobre el perfil del solicitante para determinar su canalización a algún subprograma

1

Perfil del solicitante		BÉCATE					Fomento al Autoempleo	Movilidad Laboral Agrícola	Repatriados Trabajando	
		CPL	CM	CTP	CCCL	CAE	18 años y más			
1. Edad, 16 años o más	Sí = 1 No = 0									
2. Escolaridad (mínimo saber leer y escribir)								Sí = 1 No = 1	Sí = 1 No = 1	
3. Buscador de empleo										
4. ¿Cuenta con tiempo mínimo de seis horas para tomar un curso de capacitación?	Sí = 1 No = 0						Sí = 0 No = 1		¿Presenta su constancia de repatriación emitida por el Instituto Nacional de Migración (INM)? Sí <input type="checkbox"/> = 13 No <input type="checkbox"/> = 0	
5. ¿Busca trabajo asalariado?						Sí = 0 No = 1	Sí = 0 No = 1			
6. ¿Requiere actualizar, mejorar y/o reconvertir sus competencias, habilidades y/o destrezas laborales?						Sí = 0 No = 1				
7. ¿Trabaja actualmente?	Sí = 0 No = 1									
8. ¿Busca trabajo por cuenta propia?						Sí = 1 No = 0	Sí = 1 No = 0			
9. ¿Tiene un negocio?						Sí = 1 No = 1	Sí = 1 No = 1			
10. ¿Piensa iniciar un negocio?						Sí = 1 No = 0	Sí = 1 No = 0			
11. ¿Cuenta con recursos para iniciar u operar un negocio?						Sí = 1 No = 0	Sí = 1 No = 0			
12. ¿Tiene experiencia laboral?	Sí = 1 No = 1					Sí = 1 No = 0				
13. ¿Tiene disponibilidad para viajar?						Sí = 0 No = 1	Sí = 1 No = 0			
14. ¿Tiene disponibilidad para vivir en otro lugar?						Sí = 0 No = 1	Sí = 1 No = 0			
15. Su ingreso mensual familiar ¿Es menor a seis salarios mínimos?						Sí = 1 No = 0				
Calificación total										

¹ Aquellas opciones donde el solicitante obtenga mayor puntuación reflejará el subprograma y/o modalidad de capacitación más acorde a su perfil; sin embargo, dicha calificación es **indicativa** y no limitativa para la toma de decisiones sobre la selección del solicitante.

De acuerdo con el resultado del análisis del perfil e interés del solicitante de empleo, se dictamina su selección a:

Subprograma **Modalidad** Solicitante de empleo () Instructor () Enlace de campo ()

Observaciones:

En caso de requerirse, anote la información que considere relevante sobre la selección del solicitante de empleo.

Clave de grupos poblacionales específicos (marcar con una "X", según corresponda)

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Al firmar el presente formato:

Me doy por enterado del dictamen, derivado de la aplicación del cuestionario de selección.

Solicitante

Nombre y firma

Personal de la OSNE

Nombre y firma

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".

"Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, favor de llamar a los teléfonos **01-800 841-20-20, 3000 4100 ext. 34172 y 3000 4100 ext. 34157 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)**".

Este formato podrá reproducirse libremente, siempre y cuando no se altere su contenido y la impresión de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta.