



**Programa de Capacitación para la Renovación del Empleo en la Comunidad Agrícola de los Everglades**

**Solicitud de Subvención para Capacitación por el Empleador**

En virtud de la sección 446.71, Leyes de Florida, el Programa de Capacitación para la Renovación del Empleo en la Comunidad Agrícola de los Everglades se creó para implementar programas de educación y capacitación que apoyan la formación y la contratación de personas para puestos laborales no agrícolas en zonas de alto desempleo agrícola.

Aquellos empleadores y proveedores interesados en recibir fondos de subvenciones deben solicitarlos ante el Departamento de Oportunidad Económica de Florida para su consideración. Por favor, cumplimente cada sección de esta solicitud con la información detallada. En caso necesario, agregue las páginas adicionales necesarias indicando la sección a la que hace referencia su respuesta.

<b>Programa de Capacitación para la Renovación del Empleo en la Comunidad Agrícola de los Everglades Solicitud de Subvención para Programa de Capacitación</b>					
<b>Sección 1 – Información del empleador</b>					
Nombre de la compañía:					
URL de la compañía:					
Dirección postal		Ciudad y Condado		Estado	
Dirección física		Ciudad y Condado		Estado	
Código postal		Número de teléfono			
Nº. FEIN del empleador:	Número de años operando en el estado de Florida:		Cifra total de empleados a tiempo completo en este lugar:		
Estructura legal de la empresa: <input type="checkbox"/> Empresario individual <input type="checkbox"/> Sociedad Colectiva <input type="checkbox"/> Corporación					
<input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> Arrendado <input type="checkbox"/> Otros:					
¿Su compañía ha solicitado/recibido otros fondos estatales o federales para capacitación relacionados con este proyecto? En caso afirmativo, por favor indique el nombre del programa o tipo de subvención.					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Nombre de la subvención:	Cantidad otorgada:
Año en que se recibió la subvención:	Año en que se completó la capacitación:
Descripción de su compañía, producto(s) y /o servicio(s):	

Sección 2 – Contacto con el empleador					
Nombre del contacto principal:					
Título:		Número de teléfono			
Dirección postal:		Ciudad		Estado	
Código postal:		Correo electrónico:			

Sección 3 – Información del proveedor de capacitación					
La capacitación será impartida por: <input type="checkbox"/> Institución Pública Capacitadora <input type="checkbox"/> Institución Privada Capacitadora <input type="checkbox"/> Empleado de la Compañía <input type="checkbox"/> Instructor Privado					
La capacitación dará lugar en: <input type="checkbox"/> Mismo lugar <input type="checkbox"/> En una institución Capacitadora <input type="checkbox"/> A distancia					
Nombre(s) del proveedor de la capacitación:					
Nombre(s) del contacto con el proveedor de la capacitación:			Teléfono:		
Dirección:					
Ciudad:		Condado:		Estado:	
Dirección:		Ciudad		Condado	
Nombre del contacto en el programa					
Título del contacto en el programa		Correo electrónico del contacto en el programa			

Teléfono del contacto en el programa		
--------------------------------------	--	--

**Sección 4 – Descripción de la propuesta del programa de capacitación.**

1. Presente el título y descripción detallada del programa de capacitación propuesto. Incluya cómo se impartirá la capacitación, duración del programa de capacitación, fechas de comienzo y finalización del programa, requisitos previos necesarios o requisitos especiales para el acceso al programa, número máximo de inscripciones, mencione los instructores y sus cualificaciones, etc.
2. Indique el condado donde estará localizado el programa de capacitación propuesto.
3. Indique la licencia/o acreditación del programa de capacitación propuesto.
4. Indique el número previsto de inscripciones y de finalizaciones.  
Número previsto de estudiantes inscritos                      Número previsto de finalizaciones del programa
5. Describa los esfuerzos en colaborar y / o en asociarse con las juntas locales de fomento de mano de obra para el desarrollo y ejecución de este programa de capacitación propuesto.
6. ¿Se encuentra Usted en la actualidad en la lista de Proveedores de Capacitación Aptos de la junta local de fomento de mano de obra (ETPL, por sus siglas en inglés)?  
 Sí                       No
7. Describa los esfuerzos en alistar a agricultores o trabajadores granjeros migrantes y temporeros para que se inscriban en este programa de capacitación propuesto.
8. Describa la manera en que este programa de capacitación propuesto afianzará el desarrollo económico en la zona agrícola de los Everglades.
9. Indique la ubicación del programa de capacitación propuesto en relación con la cercanía al mismo de los participantes previstos.
10. Indique el número de puestos laborales no agrícolas previstos que se crearán a partir de este programa de capacitación propuesto.
11. Describa cómo la finalización de este programa de capacitación propuesto hará que las personas encajen con las oportunidades laborales no agrícolas.
12. Describa las métricas de rendimiento que el programa de capacitación establecerá para medir el éxito.

13. Indique qué certificaciones, grados u otras credenciales conllevarán la finalización del programa de capacitación propuesto.

14. ¿Se trata de una ampliación de un programa de capacitación existente?  Sí  No  
En caso afirmativo, ofrezca una explicación sobre cómo se utilizarán los fondos de esta subvención en la colaboración con el programa existente.

15. La finalización de este programa de capacitación propuesto debería conllevar empleos en puestos no agrícolas. Indique en qué ocupación(es) se enfocará el acceso de los estudiantes capacitados.

16. ¿El programa de capacitación está ubicado en la zona agrícola de los Everglades?  Sí  No  
En caso afirmativo, explique cómo el programa de capacitación brinda oportunidades para obtener las cualificaciones y habilidades necesarias para empleos relacionados con proyectos federales y estatales de restauración, para el aeropuerto Airglades en el Condado Hendry, para un puerto interior en el condado Palm Beach, y para otras industrias con intereses verificables en operar dentro de la Zona Agrícola de los Everglades y en condados que proveen almacenamiento de agua y almacenamiento de agua dispersa que están ubicados en áreas rurales de oportunidades.

<b>Sección 5 – Equiparación de contribuciones</b>				
Los empleadores deben proporcionar contribuciones equiparables verificables. Use la tabla izquierda para identificar específicamente todas las contribuciones equiparables, de acuerdo con el nombre y valor monetario. Adjunte una página adicional si es necesario.	<b>Tipo de contribución equiparable (Ej. en especie)</b>	<b>Fuente</b>	<b>Cantidad</b>	
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
		<b>Total de contribución equiparable</b>	\$	

<b>Sección 6 – Presupuesto del programa</b>		
<b>Costos del programa de capacitación</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Descripción*</b>
Inscripciones y tasas	\$ _____	
Equipos	\$ _____	

Instructores	\$ _____	
Material	\$ _____	
*Otros	\$ _____	
<b>A. Costos totales del proyecto</b>	\$ _____	
<b>Otras fuentes de fondos</b>		
	<b>Cantidad</b>	<b>Descripción*</b>
Contribuciones equiparables (de la sección 6)	\$ _____	
Estatal	\$ _____	
Federal	\$ _____	
Ciudad/Condado	\$ _____	
*Otros	\$ _____	
<b>B. Total otros fondos</b>	\$ _____	
<b>Cantidad total solicitada</b> (calcular A – B)	\$ _____	

<b>Sección 7 – Firmas</b>
Incluya prueba de que el abajo firmante cuenta con plena autoridad necesaria para ejecutar esta propuesta en nombre del empleador. Esta prueba puede adquirir una variedad de formas incluyendo, pero sin limitación a, una delegación de autoridad, mención a códigos y leyes relevantes, documentos sobre reglamentos, etc.
Yo, el abajo firmante, por medio de la presente certifico que cuento con plena autoridad para firmar esta propuesta en nombre del empleador anteriormente descrito.
<b>Nombre de la entidad:</b>
<b>Nombre del representante autorizado:</b>

<b>Firma del representante autorizado:</b>
<b>Fecha de firma:</b>

<b>Sección 8 – Solo para uso autorizado (<i>Cumplimentado solamente por el personal de DEO</i>)</b>
<b>Fecha en la que se recibió la solicitud:</b> _____ / _____ / _____
<b>Recibida por (Nombre impreso):</b> _____
<b>Recibida por (Firma):</b> _____
<b>Fecha de revisión de la solicitud:</b> _____ / _____ / _____
<b>Revisada por (Nombre impreso):</b> _____
<b>Revisada por (Firma):</b> _____