



**Everglades Restoration Agricultural Community Employment Program
 Employer-Based Training Grant Application**

Pursuant to section 446.71, Florida Statutes, the Everglades Restoration Agricultural Community Employment Training Program was created to promote education and training programs to support the training and hiring of individuals in nonagricultural employment in areas of high agricultural unemployment.

Employers and providers interested in receiving grant funds must apply with the Florida Department of Economic Opportunity for consideration. Please complete each field of the application with detailed information. Attach additional pages as needed noting which section the response references.

Everglades Restoration Agricultural Community Employment Training Program Training Program Grant Application				
Section 1 – Employer Information				
Company Name:				
Company URL:				
Mailing Address		City and County		State
Physical Address		City and County		State
Zip Code		Phone Number	()	-
Employer’s FEIN#:	Number of years of operation in the state of Florida:	Total # Full-Time Employees at this location:		
Legal Structure of Business: <input type="checkbox"/> Sole Proprietor <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Corporation <input type="checkbox"/> Non-Profit <input type="checkbox"/> Leased <input type="checkbox"/> Other:				
Is your company receiving/applying for any other state or federal training funds related to this project? If yes, please list the name of the Program or Type of Grant. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Name of Grant:	Amount of Award:			
Year Award was received:	Year training was complete:			
Description of your company, product(s) and/or service(s):				

Section 2 – Employer Contact					
Primary Contact Name:					
Title:		Phone Number	() -		
Mailing Address:		City		State	
Zip Code:		E-mail:			

Section 3 – Training Provider Information					
The Training Provider will be: <input type="checkbox"/> Public Training Institution <input type="checkbox"/> Private Training Institution					
<input type="checkbox"/> Company Employee <input type="checkbox"/> Private Instructor					
Training will be delivered: <input type="checkbox"/> On-site <input type="checkbox"/> At the training institution <input type="checkbox"/> At a remote location					
Name of Training Provider(s):					
Name of Training Provider Contact:				Phone:	
Address:					
City:		County:		State:	
Address:		City		County	
Program Contact Name					
Program Contact Title		Program Contact E-mail			
Program Contact Phone		() -			

Section 4 – Proposed Training Program Description
1. Provide the title and a detailed description of the proposed Training Program. Include how the training will be delivered, length of the Training Program, Training Program start and end dates, required prerequisites or special requirements for program entry, maximum capacity of enrollments, identify instructional personnel and their qualifications, etc.
2. List the county where the proposed Training Program will be located.

Section 5 – Matching Contributions			
Employers must provide verifiable matching contributions. Use the table to the left to specifically identify all matching contributions by name and monetary value. Attach an additional page if necessary.	Type of Matching Contribution (e.g. in-kind)	Source	Amount
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
	Total Matching Contributions		\$

Section 6 - Program Budget		
Training Program Costs	Amount	Description*
Tuition and Fees	\$ _____	
Equipment	\$ _____	
Instructors	\$ _____	
Supplies	\$ _____	
*Other _____	\$ _____	
A. Total Project Costs	\$ _____	
Other Funding Sources		
Other Funding Sources	Amount	Description*
Matching Contributions (from section 6)	\$ _____	
State	\$ _____	
Federal	\$ _____	
City/County	\$ _____	

*Other _____	\$ _____	
B. Total Other Funding	\$ _____	
Total Amount Requested (calculate A – B)	\$ _____	

Section 7 – Signatures

Include evidence that the undersigned has all necessary authority to execute this proposal on behalf of the employer. This evidence may take a variety of forms including, but not limited to, a delegation of authority, citation to relevant laws or codes, policy documents, etc.

I, the undersigned, do hereby certify that I have express authority to sign this proposal on behalf of the above-described employer.

Entity Name:

Authorized Representative’s Name:

Authorized Representative’s Signature:

Date Signed:

Section 8 – Authorized Use Only (Completed by DEO staff only)

Date Application Received: _____ / _____ / _____

Received By (Print Name): _____

Received By (Signature): _____

Date Application Reviewed: _____ / _____ / _____

Received By (Print Name): _____

Reviewed By (Signature): _____

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			

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.

Sección 5 – Equiparación de contribuciones				
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.	Tipo de contribución equiparable (Ej. en especie)	Fuente	Cantidad	
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
		Total de contribución equiparable	\$	

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

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

Sección 7 – Firmas
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.
Nombre de la entidad:
Nombre del representante autorizado:

Firma del representante autorizado:
Fecha de firma:

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

Pwogram Anplwa Fòmasyon Kominotè Agrikòl pou Restorasyon Everglades
Aplikasyon pou Sibvansyon Sou Baz Anplwayè

Daprè atik 446.71, Lwa Florid, Pwogram Fòmasyon Anplwa Kominotè Agrikòl pou Restorasyon Everglades la te kreye pou ankouraje pwogram edikasyon ak fòmasyon ki vize pou fòm ak anplwaye moun nan travay non-agrikòl nan zòn ki gen gwo chomaj agrikòl.

Anplwayè ak founisè ki enterese pou resevwa finans sibvansyon dwe aplike avèk Depatman Opòtinite Ekonomik Florid la pou konsiderasyon. Tanpri ranpli chak espas ki nan aplikasyon an avèk enfòmasyon detaye. Atache paj siplemantè si sa nesèsè epi note a ki seksyon repons lan refere.

Pwogram Anplwa Fòmasyon Kominotè Agrikòl pou Restorasyon Everglades Aplikasyon pou Sibvansyone Pwogram Fòmasyon an				
Seksyon 1 – Enfòmasyon Anplwayè a				
Non Konpayi a:				
URL Konpayi a:				
Adrès Pòstal		Vil Ak Kontre (county)		Eta
Adrès Fizik		Vil Ak Kontre		Eta
Kòd Postal		Nimewo Telefòn	() -	
FEIN# Anplwayè a:	Kantite ane operasyon nan Eta Florid:		Chif total Anplwaye An Plen Tan nan etablisman sa:	
Estrikti legal biznis lan: <input type="checkbox"/> Antrepriz Endividyèl <input type="checkbox"/> Patnèship <input type="checkbox"/> Kòporasyon				
<input type="checkbox"/> A Bi Non-Likratif <input type="checkbox"/> Lwe <input type="checkbox"/> Lòt:				
Èske konpayi ou an ap resevwa/aplike pou okenn lòt finans Eta oswa federal pou fòmasyon ki gen rapò ak pwojè sa a? Si wi, tanpri nonmen Pwogram lan oswa Kalite Sibvansyon. <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non				
Non Sibvansyon an:		Montan Ou te Resevwa a:		
Ane ou te Resevwa Sibvansyon an:		Ane Fòmasyon an te Konplete a:		
Deskripsyon Konpayi w lan, pwodwi (yo) ak/oswa sèvis (yo):				

--

Seksyon 2 – Enfòmasyon sou Moun pou Kontakte pou Anplwayè a					
Non Kontak Prensipal la:					
Tit:			Nimewo. Telefòn	() -	
Adrès Pòstal:			Vil		Eta
Kòd Postal:			Imèl:		

Seksyon 3 – Enfòmasyon sou Founisè Fòmasyon an					
Founisè Fòmasyon an va:	<input type="checkbox"/> Enstitisyon Fòmasyon Piblik		<input type="checkbox"/> Enstitisyon Fòmasyon Prive		
	<input type="checkbox"/> Konpayi Anplwaye		<input type="checkbox"/> Enstitisyon Prive		
Fòmasyon an ap ofri:	<input type="checkbox"/> Nan Etabliman an	<input type="checkbox"/> Nan Enstitisyon Fòmasyon an	<input type="checkbox"/> Nan yon Lòt Andwa		
Non Founisè Fòmasyon (yo):					
Non moun pou Kontakte pou Founisè Fòmasyon:			Telefòn:		
Adrès:					
Vil:	Kontre:		Eta:	Kòd Postal:	
Adrès:			Vil	Kontre	
Non Kontak Pwogram nan					
Tit Kontak Pwogram nan			Imèl Kontak Pwogram		
Tefòn Kontak Pwogram	() -				

Seksyon 4 – Deskripsyon Pwogram Fòmasyon Pwopoze a
1. Bay tit la ak yon deskripsyon detaye sou Pwogram Fòmasyon ki pwopoze a. Mete lada kouman nou pral ofri fòmasyon an, longè Pwogram Fòmasyon an, dat Pwogram Fòmasyon an ap kòmanse ak dat lap fini, kondisyon preyalab oswa kondisyon espesyal pou antre nan pwogram lan, kapasite maksimòm pou enskripsyon, idantifye kiyès ki pral bay ansèyman an ak kalifikasyon yo, elatriye.

Seksyon 5 – Kontribisyon Kontrepati (Matching Contributions)			
Anplwayè yo dwe bay kontribisyon kontrepati verifyab yo. Itilize tablo ki sou bò goch la pou espesyalman idantifye tout kontribisyon kontrepati avèk non yo ak valè monetè a. Atache yon lòt paj si sa nesesè.	Kalite Kontribisyon Kontrepati a (exanp, an-nati)	Sous la	Montan an
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
	Total Kontribisyon Kontrepati yo	\$	

Seksyon 6 – Bidjè Pwogram nan		
Pri Pwogram Fòmasyon an	Montan an	Deskripsyon*
Frè Eskolè	\$ _____	
Materiyèl	\$ _____	
Anseyan yo	\$ _____	
Founiti klasik	\$ _____	
*Lòt _____	\$ _____	
A. Pri Total Pwojè a	\$ _____	
Lòt Sous Finans		
Lòt Sous Finans	Montan an	Deskripsyon*
Kontribisyon kontrepati (ki soti nan seksyon 6 la)	\$ _____	
Eta	\$ _____	
Federal	\$ _____	

Vil/Kontre	\$ _____	
*Lòt _____	\$ _____	
B. Total Lòt Finans	\$ _____	
Montan Total Demande a (Kalkile A – B)	\$ _____	

Seksyon 7 – Sinyati

Mete prèv ki montre ke moun ki siyen an gen tout otorite nesesè pou egzekite pwopozisyon sa a sou non anplwayè a. Prèv sa a ka prezante nan yon fòm varye ki enkli, men san ou bliye, yon delegasyon nan otorite, sitasyon lwa oswa kòd jistifikatif, dokiman sou règleman yo, elatriye.

Mwen menm, ki siyen anba a, mwen sètifye ke mwen gen tout otorite pou siyen pwopozisyon sa a sou non anplwayè ki endike anwo a.

Non Antite a:

Non Reprizantan Otorize a:

Siyati Reprizantan Otorize a:

Nan dat ou siyen a:

Seksyon 8 – Pou Itilizasyon Otorize Sèlman (Se Staff DEO sèlman ki dwe konplete pati sa a)

Dat Aplikasyon an te Resevwa: _____ / _____ / _____

Moun ki te Revwa l la (Ekri Non an, an Gran lèt): _____

Sinyati Moun ki te Resevwa l la: _____

Dat Aplikasyon an te Revize: _____ / _____ / _____

Moun ki te Revize l la (Ekri Non an, an Gran lèt): _____

Sinyati Moun ki te Revize l la: _____

