

Plan ponownego zatrudnienia

Imię i nazwisko: _____

Numer identyfikacyjny obowiązujący w Stanie Nowy Jork: _____

Kroki, które podejmę, aby uzyskać ponowne zatrudnienie:

- Usunięcie potencjalnych barier w zatrudnieniu i/lub utrzymanie uprawnień do zasiłku dla bezrobotnych.
Zobowiązuję się do: _____
- Wysłania mojego CV do Doradcy Zawodowego na adres: _____ @labor.ny.gov
- Zaktualizowania bieżącego CV zgodnie z otrzymanymi wskazówkami
- Rozszerzenia poszukiwania pracy na inne branże lub zawody: _____
- Utworzenia lub aktualizacji profilu na portalu LinkedIn
- Zbadania możliwości szkoleniowych i edukacyjnych: Angielski jako drugi język (ESL)
 - Studia policealne Programy praktyk zawodowych
 - Indywidualne dotacje szkoleniowe w ramach WIOA
- Przesłanie wniosku w ramach programu 599
- Złożenie wniosku o udział w Programie Wsparcia Samozatrudnienia (SEAP) przed ubieganiem się o 13 tygodni świadczeń
- Kontynuacja poprzedniej rozmowy lub kontaktu
- Budowanie sieci kontaktów, wyszukiwanie w Internecie, zdobywanie wizytówek
- Kontakt z rekruterami, agencjami zatrudnienia, absolwentami
- Napisanie wiadomości e-mail lub telefon do doradcy zawodowego po powrocie do pracy
- Inne: _____

Udział w następujących spotkaniach w Centrum Karier:

- Następne obowiązkowe spotkanie w sprawie ponownego zatrudnienia: _____ Data: _____
- Warsztat: _____ Data: _____ Godzina: _____
- Indywidualne spotkanie w sprawie doradztwa zawodowego z: _____ Data: _____
Godzina: _____

Udział w następującym spotkaniu dotyczącym skierowania do usług pomocniczych: Rehabilitacja zawodowa, angielski dla osób mówiących innymi językami (ESOL), studia policealne (HSE)

- Agencja: _____ Data: _____ Godzina: _____
Imię i nazwisko osoby ds. kontaktów: _____

Działania następcze w związku z otrzymanymi skierowaniami do pracy: Oferty pracy, na które będę aplikować (nazwa firmy i stanowisko):

1. _____
2. _____
3. _____

Oświadczenie

Zapoznałem się z informacjami dotyczącymi mojego planu ponownego zatrudnienia. Wyrażam zgodę na udział w zaplanowanych spotkaniach. Rozumiem, że jeśli nie zastosuję się do powyższych zasad, mogę stracić uprawnienia do otrzymywania świadczeń z tytułu zasiłku dla bezrobotnych.

Podpis: _____ Data: _____