

# WE ARE YOUR DOL



## Formulaire d'inscription du client au Centre de carrières

**Les éléments obligatoires sont marqués par un astérisque\*. Veuillez écrire de manière lisible**

Nous devons collecter des informations personnelles supplémentaires des clients conformément aux exigences de la déclaration fédérale pour les programmes financés par la Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA). Ces informations sont destinées uniquement à la WIOA. Les Centres de carrières de l'État de New York respectent les normes fédérales en matière de traitement et de protection des informations personnelles identifiables. **Des aides et des services auxiliaires sont proposés sur demande pour les personnes handicapées.**

Quelle est votre langue préférée ? \_\_\_\_\_

Si ce n'est pas l'anglais, avez-vous besoin d'un interprète ?  Oui  Non

### Données sur le client

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Ou numéro d'identification de l'État de New York : New York \_\_\_\_\_

\*Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_

\*Date de naissance : \_\_\_\_\_ Genre :  Homme  Femme  Non binaire

Si vous êtes un homme né après le 31 décembre 1959, êtes-vous inscrit au service militaire sélectif des États-Unis ?  Oui  Non

Numéro du permis de conduire de l'État de New York ou numéro du permis de conduire en-dehors de l'État de New York : \_\_\_\_\_

Ou tout autre document acceptable pouvant servir à vérifier la date de naissance : \_\_\_\_\_  
(Voir le personnel)

\*Adresse postale : \_\_\_\_\_ No. d'apt. \_\_\_\_\_

\*Ville : \_\_\_\_\_ \*État : \_\_\_\_\_ \*Code postal (+4 non requis) : \_\_\_\_\_

Adresse postale (si différente de celle indiquée ci-dessus) : \_\_\_\_\_

Comté : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Quel est votre moyen de contact préféré ?  E-mail  Téléphone portable  Courrier (postal)  Téléphone fixe

Êtes-vous citoyen(ne) américain(e) ?  Oui  Non Si non, êtes-vous autorisé(e) à travailler aux États-Unis ?  Oui  Non

Si oui, indiquez le numéro d'enregistrement d'étranger :

\_\_\_\_\_

## Ethnie/Race :

**Remarque : la question sur l'origine ethnique et la race est facultative. Les informations sont confidentielles et ne seront utilisées que pour des besoins d'archivage et de promotion sociale. Vous ne serez pas pénalisé(e) si vous ne souhaitez pas répondre.**

Origine ethnique :  Hispanique ou Latino  Non hispanique ou latino

Race : (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanc(he)                  | <input type="checkbox"/> Noir(e) ou Africain<br>Américain(e) | <input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou<br>Natif/ve d'Alaska | <input type="checkbox"/> Chinois(e)    |
| <input type="checkbox"/> Indien(ne) d'Asie          | <input type="checkbox"/> Philippin(e)                        | <input type="checkbox"/> Coréen(ne)                                | <input type="checkbox"/> Bangladais(e) |
| <input type="checkbox"/> Pakistanais(e)             | <input type="checkbox"/> Japonais(e)                         | <input type="checkbox"/> Vietnamien(ne)                            | <input type="checkbox"/> Népalais(e)   |
| <input type="checkbox"/> Birman(e)                  | <input type="checkbox"/> Thaïlandais(e)                      | <input type="checkbox"/> Natif(-ive) d'un autre<br>pays d'Asie     | <input type="checkbox"/> Hawaïen(ne)   |
| <input type="checkbox"/> Guamien(ne) et<br>Chamorro | <input type="checkbox"/> Samoan(e)                           | <input type="checkbox"/> Autre insulaire du<br>Pacifique           |  |

## Formation

\*Formation (cochez le niveau le plus élevé obtenu)

Note :  Aucune  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

Diplôme d'enseignement secondaire  Équivalence ES  Pas de diplôme

Diplôme IEP/statut de handicapé ayant un certificat d'assiduité/de fin d'études

**Remarque : la divulgation du diplôme IEP/du statut de handicapé ayant un certificat est volontaire. Vous ne serez pas pénalisé(e) si vous refusez de divulguer le diplôme IEP/statut de handicapé ayant un certificat d'assiduité/de fin d'études.**

\*Fréquentez-vous à temps plein un établissement d'enseignement secondaire, professionnel, technique ou académique ?

Oui  Non

Si vous êtes entre deux trimestres, avez-vous l'intention de reprendre les cours ?  Oui  Non

## Emploi

\*Êtes-vous employé(e) actuellement ?  Oui  Non Si non, depuis combien de semaines ne travaillez-vous pas ?

\_\_\_\_\_

Si oui, êtes-vous employé(e)  à temps plein  à temps partiel Combien d'heures travaillez-vous par semaine ?

\_\_\_\_\_

Avez-vous demandé les allocations d'assurance-chômage ?  Oui  Non

Si oui, quand l'avez-vous fait ? \_\_\_\_\_

Est-ce que vous avez une demande d'allocations d'assurance-chômage en cours ?  Oui  Non

## Service militaire

**Remarque : les vétérans et « les conjoint(e)s admissibles » ont la priorité du service.**

\*Avez-vous servi dans l'armée des États-Unis ?  Oui  Non

\*Êtes-vous un(e) conjoint(e) admissible d'un vétéran ?  Oui  Non

Si oui, quel corps de l'armée américaine ? \_\_\_\_\_ Dates de service : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

## Préférences en matière d'emploi

Cochez vos préférences en matière d'emploi :

Semaine de travail :  Temps plein (30 heures de travail par semaine ou plus)  Temps partiel (moins de 30 heures de travail par semaine)  L'un ou l'autre

Durée (durée de l'emploi) :  Régulier (plus de 150 jours)  Temporaire (3 jours ou moins)  
 Régulier ou temporaire (4 à 150 jours)

Salaire minimum acceptable requis : \_\_\_\_\_ Par  Heure  Jour  Semaine  Mois  Année  Autre

Date à laquelle vous êtes disponible pour travailler : \_\_\_\_\_

Quel(s) quart(s) de travail êtes-vous prêt(e) à occuper ? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Le premier (quart de travail qui commence le matin)  Le deuxième (quart de travail qui commence dans l'après-midi ou en début de soirée)

Le troisième (qui commence la nuit)  Division  Rotation  L'un des deux

\*Êtes-vous un ouvrier agricole migrant ou saisonnier ? Veuillez consulter la direction ou les questionnaires supplémentaires pour les définitions)  Oui  Non

## Lieux du travail acceptables

\*Je suis disposé(e) à travailler dans les codes postaux, pays ou États suivants (cochez le nombre de km et mettez le code postal) :

10  25  50  100 km du code postal \_\_\_\_\_ Comté \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_

**Remarque : Si vous recevez l'assurance-chômage, vous pourriez être obligé(e) d'effectuer une heure (en transport privé) ou une heure et demi de trajet (en transports en commun).**

## Objectifs d'emploi

\*Objectifs d'emploi/Types d'emploi recherchés : Titre de l'emploi : \_\_\_\_\_

Titre de l'emploi : \_\_\_\_\_

## Expérience professionnelle

Si vous avez une expérience professionnelle, donnez le plus de détails possible afin que nous puissions vous aider à trouver du travail. Indiquez d'abord l'emploi le plus récent. Remplissez toutes les rubriques requises pour chaque employeur.

\*Titre du poste : \_\_\_\_\_ \*Employeur : \_\_\_\_\_

\*Adresse : \_\_\_\_\_

\*Ville : \_\_\_\_\_ \*État : \_\_\_\_\_ \*Pays (si ce n'est pas les États-Unis) : \_\_\_\_\_

\*Date de début : \_\_\_\_\_ \*Date de fin : \_\_\_\_\_ Heures travaillées par semaine : \_\_\_\_\_

Superviseur : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

\*Salaire : \_\_\_\_\_ dollars par  heure  jour  semaine  mois  année  autre

\*Motif du départ : \_\_\_\_\_

\*Fonctions liées au poste : \_\_\_\_\_

\*Titre du poste : \_\_\_\_\_ \*Employeur : \_\_\_\_\_

\*Adresse : \_\_\_\_\_

\*Ville : \_\_\_\_\_ \*État : \_\_\_\_\_ \*Pays (si ce n'est pas les États-Unis) : \_\_\_\_\_

\*Date de début : \_\_\_\_\_ \*Date de fin : \_\_\_\_\_ Heures travaillées par semaine : \_\_\_\_\_

Superviseur : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

\*Salaire : \_\_\_\_\_ dollars par  heure  jour  semaine  mois  année  autre

\*Motif du départ : \_\_\_\_\_

\*Fonctions liées au poste : \_\_\_\_\_

\*Titre du poste : \_\_\_\_\_ \*Employeur : \_\_\_\_\_

\*Adresse : \_\_\_\_\_

\*Ville : \_\_\_\_\_ \*État : \_\_\_\_\_ \*Pays (si ce n'est pas les États-Unis) : \_\_\_\_\_

\*Date de début : \_\_\_\_\_ \*Date de fin : \_\_\_\_\_ Heures travaillées par semaine : \_\_\_\_\_

Superviseur : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

\*Salaire : \_\_\_\_\_ dollars par  heure  jour  semaine  mois  année  autre

\*Motif du départ : \_\_\_\_\_

\*Fonctions liées au poste : \_\_\_\_\_

### Aide à l'ajustement commercial (TAA)

Le département du travail de l'État de New York vous a-t-il notifié(e) (sous réception du formulaire TA722) que vous êtes admissible à l'aide à l'ajustement commercial ?  Oui  Non Si oui, inscrivez le numéro de la demande TAA : \_\_\_\_\_

Si non, avez-vous été licencié(e) à cause du commerce extérieur ?  Oui  Non

### Permis de conduire

Avez-vous un permis de conduire ?  Oui  Non État dans lequel le permis a été émis : \_\_\_\_\_

Quel type de licence possédez-vous ?

Catégorie A (tracteur à semi-remorque)  Catégorie B (camion/bus)  Catégorie C (camion léger pour commerce)

Classe Cn (C-non-CDL)  Catégorie D (opérateurs)  Catégorie E (taxi)

Catégorie M (moto)

Approbations :  Transport de passagers  Matières dangereuses  Véhicules-citernes  
 Motocyclette  Bus scolaire  Remorques double/triple essieux  
 Risque lié aux réservoirs  Freins à air

Avez-vous besoin d'emprunter un moyen de transport en commun pour vous rendre au travail ?  Oui  Non

Avez-vous un moyen de transport fiable pour vous rendre au travail et en revenir ?  Oui  Non

### Certificats/Licences

Avez-vous un certificat ou une licence professionnelle ?  Oui  Non

\*Certificat/licence : \_\_\_\_\_ \*Organisation ou localité de délivrance : \_\_\_\_\_

Date de délivrance : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ \*Pays : \_\_\_\_\_

Certificat ou licence supplémentaire :

\*Certificat/licence : \_\_\_\_\_ \*Organisation ou localité de délivrance : \_\_\_\_\_

Date de délivrance : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ \*Pays : \_\_\_\_\_

## Parcours scolaire

Êtes-vous titulaire d'un diplôme ou d'un certificat d'études supérieures ?  Oui  Non

\*Programme d'études : \_\_\_\_\_ \*Diplôme : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

\*Institution : \_\_\_\_\_ \*État : \_\_\_\_\_ \*Pays : \_\_\_\_\_

\*Programme d'études : \_\_\_\_\_ \*Diplôme : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

\*Institution : \_\_\_\_\_ \*État : \_\_\_\_\_ \*Pays : \_\_\_\_\_

## Compétences professionnelles et qualifications

**\*Citez au moins une compétence.**

Incluez les compétences et les aptitudes que vous avez utilisées dans votre/vos emploi(s), votre expérience professionnelle ou que vous avez acquises dans le cadre d'une formation ou d'une école. Par exemple, les techniques de laboratoire, la menuiserie, la soudure, la capacité à lire des plans, la dactylographie et les compétences informatiques telles que les logiciels de traitement de texte, les langages de programmation, la conception assistée par ordinateur. Par ailleurs, mentionnez les langues que vous parlez avec aisance.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Énumérez les qualités ou les réalisations liées à votre objectif d'emploi :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Énumérez les distinctions que vous avez obtenues ou les activités externes auxquelles vous avez participées :

\_\_\_\_\_

**Je certifie que les informations fournies ci-dessus sont vraies et exactes.**

\*Signature \_\_\_\_\_ \*Date \_\_\_\_\_