

WE ARE YOUR DOL



Modulo di registrazione al Centro per l'impiego

L'asterisco (*) indica i campi obbligatori. * Si prega di scrivere stampatello in modo chiaro.

Dobbiamo raccogliere maggiori informazioni personali dagli utenti per ottemperare agli obblighi federali di segnalazione per i programmi finanziati ai sensi del Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA). I dati sono trattati solo per finalità correlate al WIOA. I Centri per l'impiego dello Stato di New York seguono le linee guida federali per il trattamento e la protezione delle informazioni di identificazione personale. **Ausili e servizi sono disponibili su richiesta per le persone con disabilità.**

Qual è la sua lingua preferita? _____

Se non è l'inglese, ha bisogno di un interprete? Sì No

Dati dell'utente

N. previdenza (SSN): _____ o Numero di identificazione di New York: NY: _____

*Cognome: _____ *Nome: _____ M.I. _____

*Data di nascita: _____ Sesso: Maschio Femmina Non-binario

Se Lei è un uomo nato dopo il 31 dicembre 1959, è registrato presso il servizio per l'arruolamento nell'esercito USA? Sì No

Numero di patente di guida dello Stato di New York o numero identificativo della patente non di guida NYS: _____

O altra verifica della data di nascita utilizzando un documento di origine accettabile: _____
(Vedere il personale)

*Indirizzo: _____ N. appartamento _____

*Città: _____ *Stato: _____ *Codice postale (+4 non richiesto): _____

Indirizzo postale (se diverso da quanto sopra): _____

Contea: _____ Email: _____

Telefono di casa: _____ Telefono cellulare: _____

Come preferisce che la contattiamo? Email Cellulare Indirizzo postale Telefono fisso

Lei è un cittadino degli Stati Uniti? Sì No Se no, Lei è autorizzato a lavorare negli Stati Uniti? Sì No

Se sì, Numero di registrazione immigrato: _____

Origine etnica

Nota: Le domande sull'origine etnica sono facoltative. I dati sono riservati e saranno usati soltanto per gli obblighi in materia di conservazione documentale e pari opportunità. Non si verrà penalizzati se si deciderà di non rispondere.

Origine etnica: Ispanica o latina Non ispanica o latina

Etnia: (Selezioni tutte le risposte pertinenti)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bianca | <input type="checkbox"/> Nera o Africana
Americana | <input type="checkbox"/> Nativi americani o
o nativi dell'Alaska | <input type="checkbox"/> Cinese |
| <input type="checkbox"/> Indiana asiatica | <input type="checkbox"/> Filippina | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Bengalese |
| <input type="checkbox"/> Pakistana | <input type="checkbox"/> Giapponese | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Nepalese |
| <input type="checkbox"/> Birmana | <input type="checkbox"/> Thailandese | <input type="checkbox"/> Altra asiatica | <input type="checkbox"/> Nativa delle Hawaii |
| <input type="checkbox"/> Guamaniana e
Chamorro | <input type="checkbox"/> Samoana | <input type="checkbox"/> Altre isole del Pacifico | |

Istruzione

*Istruzione (selezionare il livello più alto completato)

Voto: Nessuno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Diploma HS Equivalente HS Nessun diploma

Diploma IEP/Disabile con attestato di completamento/presenza

Nota: La divulgazione dei dati sul diploma IEP/attestato per disabili è volontaria. Lei non riceverà alcuna penalità se non comunicherà i dati sul diploma IEP o sull'attestato di completamento per disabili.

*Lei sta frequentando un istituto secondario, post-secondario, di formazione professionale, tecnico o accademico a tempo pieno?

Sì No

Intende tornare a scuola quando inizierà il prossimo ciclo di studio? Sì No

Assunzione lavorativa

*Attualmente ha un lavoro? Sì No Se No, quante settimane è stato disoccupato? _____

Se Sì, Lei è assunto a Tempo pieno Part time Quante ore lavora ogni settimana? _____

Lei ha presentato domanda per il sussidio di disoccupazione? Sì No

Se Sì, quando l'ha presentata? _____

Lei ha attualmente diritto a ricevere il sussidio di disoccupazione? Sì No

Servizio militare

Nota: I veterani e i "coniugi idonei" ricevono il servizio prioritario.

*Lei ha prestato servizio nelle Forze armate degli Stati Uniti? Sì No

*È un/una coniuge idoneo/a di un veterano? Sì No

Se "Sì", in quale reparto militare degli Stati Uniti? _____ Date di servizio: _____ a _____

Preferenze lavorative

Selezioni le sue preferenze lavorative:

Settimana lavorativa: Tempo pieno (30 ore o più a settimana) Tempo parziale (meno di 30 ore a settimana) Qualsiasi

Durata (periodo di assunzione): Regolare (più di 150 giorni) Temporanea (3 giorni o meno)
 Regolare o temporanea (4-150 giorni)

Salario minimo accettabile richiesto: \$ _____ per Ora Giorno Settimana Mese Anno Altro

Data in cui è disponibile a lavorare: _____

Quali turni di lavoro è disponibile a fare? Selezioni tutte le risposte pertinenti.

Primo (turno che inizia al mattino) Secondo (turno che inizia al pomeriggio/sera)
 Terzo (turno che inizia di notte) Misto Rotazione Qualsiasi

*Lei è un migrante o un lavoratore agricolo stagionale? (per le definizioni, consultare lo staff o il Questionario aggiuntivo)

Sì No

Sedi di lavoro accettabili

*Sono disponibile a lavorare entro il presente codice postale, Contea o Stato (spuntare il numero di miglia e scrivere il codice postale):

10 25 50 100 miglia dal codice postale _____ County _____ State _____

Nota: Se riceve l'Assicurazione di disoccupazione, le potrebbe essere richiesto di viaggiare per 1 ora con un mezzo di trasporto privato o per 1 ora e mezza con un mezzo di trasporto pubblico.

Obiettivo lavorativo

*Obiettivo lavorativo/tipo di lavoro ricercato: Titolo di lavoro: _____

Titolo di lavoro: _____

Esperienza lavorativa

Se Lei ha fatto esperienze lavorative, scriva quanti più dati possibili in questa sezione per consentirci di aiutarla a trovare un lavoro. Scriva per primi i lavori più recenti. Compili tutti i campi obbligatori per ogni datore di lavoro.

*Titolo di lavoro: _____ *Datore di lavoro: _____

*Indirizzo: _____

*Città: _____ *Stato: _____ *Paese (se non è USA): _____

*Data di inizio: _____ *Data di fine: _____ Ore lavorate a settimana: _____

Supervisore: _____ Numero di telefono: _____

*Retribuzione: \$ _____ per ora giorno settimana mese anno altro

*Motivo delle dimissioni _____

*Compiti lavorativi: _____

*Titolo di lavoro: _____ *Datore di lavoro: _____

*Indirizzo: _____

*Città: _____ *Stato: _____ *Paese (se non è USA): _____

*Data di inizio: _____ *Data di fine: _____ Ore lavorate a settimana: _____

Supervisore: _____ Numero di telefono: _____

*Retribuzione: \$ _____ per ora giorno settimana mese anno altro

*Motivo delle dimissioni _____

*Compiti lavorativi: _____

*Titolo di lavoro: _____ *Datore di lavoro: _____

*Indirizzo: _____

*Città: _____ *Stato: _____ *Paese (se non è USA): _____

*Data di inizio: _____ *Data di fine: _____ Ore lavorate a settimana: _____

Supervisore: _____ Numero di telefono: _____

*Retribuzione: \$ _____ per ora giorno settimana mese anno altro

*Motivo delle dimissioni _____

*Compiti lavorativi: _____

Assistenza all'adeguamento commerciale (TAA)

Il Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York le ha mai notificato (con il modulo TA722) che ha diritto a ricevere l'**Assistenza per l'adeguamento commerciale**? Sì No Se Sì, scrivere il numero della petizione TAA: _____

Se No, Lei ha perso il lavoro a causa del commercio estero? Sì No

Patente di guida

Lei ha una patente di guida? Sì No Stato di emissione: _____

Che tipo di patente possiede?

Classe A (Veicolo a rimorchio) Classe B (camion/autobus) Classe C (veicolo commerciale leggero)

Classe Cn (C diverso da CDL) Classe D (Operatori) Classe E (Taxi)

Classe M (motocicletta)

Autorizzazioni: Trasporto passeggeri Materiali pericolosi Autocisterna Motocicletta

Scuolabus Doppie/Triple Pericolo per il serbatoio Freni

pneumatici

Le servono servizi di trasporto speciale per raggiungere la sede del lavoro? Sì No

Può avvalersi di mezzi affidabili per lo spostamento da casa al posto di lavoro? Sì No

Qualifiche/licenze

Lei ha una qualifica o una licenza professionale? Sì No

*Certificato/Licenza: _____ *Organizzazione o località emittente: _____

Data di emissione: _____ Stato: _____ *Paese: _____

Ulteriori qualifiche o licenze:

*Certificato/Licenza: _____ *Organizzazione o località emittente: _____

Data di emissione: _____ Stato: _____ *Paese: _____

Istituti scolastici

Lei ha un diploma, una laurea o un certificato educativo? Sì No

*Corso di studi: _____ *Diploma: _____ Data di completamento: _____

*Istituzione emittente: _____ *Stato: _____ *Paese: _____

*Corso di studi: _____ *Diploma: _____ Data di completamento: _____

*Istituzione emittente: _____ *Stato: _____ *Paese: _____

Competenze e qualifiche lavorative

***Scrivene almeno una.**

Scrivere le competenze e le abilità che Lei ha sfruttato durante lavori, attività di volontariato o esperienze personali, o che ha acquisito tramite istruzione o formazione. Esempi: tecniche di laboratorio, carpenteria, saldatura, lettura di disegni tecnici, dattilografia, abilità informatiche come uso di programmi di videoscrittura o di grafica computerizzata, linguaggi di programmazione. Includa anche tutte le lingue che parla in modo fluente.

Scriva le qualità o i conseguimenti correlati al suo obiettivo lavorativo:

Scriva qualsiasi riconoscimento ricevuto o attività esterna a cui ha partecipato:

Io certifico che le informazioni rilasciate con questo documento sono vere e accurate per quanto concesso dai limiti delle mie conoscenze.

***Firma** _____ ***Data** _____