

## Program rozwoju zawodowego Formularz klienta i ankieta informacyjna

Prosimy o wypełnienie formularza, ponieważ informacje w nim zawarte pomogą nam dobrać usługi i programy do Twoich potrzeb.  
**Prosimy o czytelne wypełnienie.**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Data urodzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_ \*Płeć:  Mężczyzna  Kobieta

Adres: \_\_\_\_\_ Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_

Telefon stacjonarny: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Preferowany język: \_\_\_\_\_ \*Pochodzenie etniczne:  Hiszpańskie lub latynoskie  Inne, niż hiszpańskie lub latynoskie

\*Rasa:  Rdzenny Alaskaniec lub Indianin  Azjata  Afroamerykanin  Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub mieszkaniec Wysp Pacyfiku  
 Rasa biała

\*Czy masz jakąkolwiek niepełnosprawność?  Tak  Nie

\* Uwaga: Te pytania nie są obowiązkowe. Informacje będą traktowane poufnie i są przeznaczone wyłącznie do celów ewidencji oraz wymogów działań afirmacyjnych. Nie zostaniesz ukarany/-a za odmowę odpowiedzi.

### Wykształcenie:

Najwyższy stopień posiadanego wykształcenia:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  szkoła średnia lub  GED/TASC

Świadectwo ukończenia kształcenia zawodowego: organ wystawiający: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

Najwyższy ukończony poziom college'u: Część college'u –  1 rok  2 lata  3 lata  tytuł Associate  Licencjat  Magister  Doktor

Nazwa szkoły wyższej \_\_\_\_\_ Kierunek kształcenia: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_

Status edukacji:  Nadal się kształcę  Nie kształcę się

Jeśli nadal się kształcisz, podaj szczegóły: \_\_\_\_\_

### Status weterana:

Czy odbyłeś/-aś służbę wojskową?  Tak  Nie Jeśli tak, podaj daty czynnej służby: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ do \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Oddział wojskowy: \_\_\_\_\_ Status mieszkaniowy:  Własne mieszkanie  Wynajmuję  Bezdomny

Czy otrzymujesz odszkodowanie za niepełnosprawność powstałą na skutek służby?  Tak  Nie

Jeśli tak, czy Twoja niepełnosprawność ma stopień 30% lub wyższy?  Tak  Nie

### Zatrudnienie, poszukiwanie pracy i preferencje:

Obecny pracodawca: \_\_\_\_\_ Miejsce wykonywania pracy: \_\_\_\_\_

Stanowisko: \_\_\_\_\_ Wynagrodzenie: \_\_\_\_\_  
 Stawka godzinowa  rocznie

Data rozpoczęcia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Data zwolnienia (jeśli jest znana): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Długość czasu: \_\_\_\_ lata \_\_\_\_ miesiące

Opis wykonywanej pracy (szczegółowy): \_\_\_\_\_

Umiejętności zawodowe (na podstawie wszystkich wykonywanych zawodów/szkoleń): \_\_\_\_\_

Czy masz przygotowane CV?  Tak  Nie Czy potrzebujesz pomocy w napisaniu lub aktualizacji CV?  Tak  Nie

Chcę otrzymywać informacje na temat  Porad dotyczących rozmów kwalifikacyjnych  Pisania listu motywacyjnego  
 Dofinansowania szkoleń  Planowania kariery

Na jakie stanowiska będziesz składać podanie, szukając pracy? \_\_\_\_\_

Wymień branże, w których chciałbyś/-abyś pracować: \_\_\_\_\_

Czy rozważasz zapisanie się do szkoły lub na kurs?  Tak  Nie Jeśli tak, na jaki kurs? \_\_\_\_\_

Jakiej minimalnej stawki oczekujesz w swojej kolejnej pracy? \_\_\_\_\_  stawka godzinowa  rocznie

Jakie godziny pracy preferujesz?  Pełen etat  W niepełnym wymiarze godzin      Preferowana zmiana:  Pierwsza  Druga  Trzecia  Obojętnie

Jak dojeżdżasz się do pracy? \_\_\_\_\_ Ile mil możesz dojeżdżać do pracy?  5  10  25  50

Czy masz prawo jazdy? Jeśli tak, podaj stan, w którym zostało wydane: \_\_\_\_\_ Jaką kategorię prawa jazdy posiadasz? \_\_\_\_\_

Tak  Nie

**Departament pracy stanu Nowy Jork (New York State Department of Labor) to program zatrudnienia równych szans.  
Dodatkowe formy pomocy i usługi są dostępne na wniosek osób niepełnosprawnych.**