

WE ARE YOUR DOL



Подразделение трудоустройства и персонала Регистрация услуг по трудоустройству

Писать четко, печатными буквами
Данные клиента

Номер социального страхования _____

Номер удостоверения личности штата Нью-Йорк: NY _____

Фамилия _____ Имя _____ Инициал _____

Дата рождения _____ Пол: Мужской Женский Небинарный

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Округ _____ Страна _____

Телефон _____ Мобильный телефон _____

Адрес эл.почты _____

Являетесь ли вы гражданином США? Да Нет

Если нет, есть ли у вас разрешение на работу в США? Да Нет

Есть ли у вас диплом старшей школы или GED/TASC? Да Нет

Если нет, назовите наибольший класс школы, который вы закончили _____

Вы владеете английским в ограниченном объеме? Да Нет

Если да, какой ваш основной язык? _____

Примечание. Отвечать на вопросы о расе и этнической принадлежности необязательно. Информация будет храниться конфиденциально и предназначена для использования исключительно для целей учета и обязательных процедур.

Этническая принадлежность: Испаноамериканец Не испаноамериканец

Раса: (Отметьте все подходящие пункты)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Белый | <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец | <input type="checkbox"/> Индеец или представитель коренного населения Аляски | <input type="checkbox"/> Китаец |
| <input type="checkbox"/> Индус | <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Кореец | <input type="checkbox"/> Бангладешец |
| <input type="checkbox"/> Пакистанец | <input type="checkbox"/> Японец | <input type="checkbox"/> Вьетнамец | <input type="checkbox"/> Непалец |
| <input type="checkbox"/> Бирманец | <input type="checkbox"/> Таец | <input type="checkbox"/> Представитель другого народа Азии | <input type="checkbox"/> Представитель коренного населения Гавайев |
| <input type="checkbox"/> Уроженец Гуама и Чаморро | <input type="checkbox"/> Самоанец | <input type="checkbox"/> Представитель другого народа о-вов Тихого океана | |

Департамент труда штата Нью-Йорк — работодатель, предоставляющий равные возможности. Если требуется. Лицам с инвалидностью предоставляется дополнительная помощь и дополнительные услуги по программе.

Военная служба

Если вы родились после 31 декабря 1959 года и при рождении у вас был мужской пол, зарегистрированы ли вы в системе службы по призыву США? Да Нет

Если да, укажите период активной службы: С _____ по _____

Род войск: _____

Предпочтения по трудоустройству

Какие виды работ для вас приемлемы?

Рабочая неделя: Полный день (30 часов в неделю или более)

Неполный день (менее 30 часов в неделю)

Любой

Длительность: Постоянная работа (более 150 дней)

Временная работа (3 дня или менее)

Постоянная или временная работа (4-150 дней)

Минимальная приемлемая заработная плата: \$ _____ в час день неделю месяц год

В какие смены вы хотите работать? (Отметьте все подходящие пункты)

Первая (смена, начинающаяся утром) Вторая (смена, начинающаяся днем / ранним вечером)

Третья (смена, начинающаяся ночью) Раздельные Вахтовый метод Любые

Программа отраслевой адаптации (ПОА)

Получали ли вы уведомление от департамента труда штата Нью-Йорк (по форме TA722) о праве на участие в **Программе отраслевой адаптации**? Да Нет

Если да, номер петиции ТАА: _____

Если нет, были ли вы отстранены от работы в связи с международной торговлей? Да Нет

Цель и предыдущие места работы

Цель трудоустройства / желаемая работа (должность) _____

Готовы ли вы к поездкам на работу? 25 50 100 миль от адреса по почтовому индексу

Укажите двух своих последних работодателей. Первым введите данные последнего места работы. Заполните все обязательные пункты для каждого работодателя. Укажите как можно больше подробностей, чтобы нам было проще помочь вам найти работу.

Должность _____ Работодатель _____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Страна, если не США _____

Сколько часов в неделю вы работали? _____ Дата начала _____ Дата окончания _____

Зарплата, \$ _____

в час день неделю месяц год

Причина увольнения: _____

Должностные обязанности:

Должность _____ Работодатель _____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Страна, если не США _____

Сколько часов в неделю вы работали? _____ Дата начала _____ Дата окончания _____

Заработная плата, \$ _____ в час день неделю месяц год

Причина увольнения: _____

Рабочие обязанности: _____

Образование, сертификаты, лицензии

Укажите наивысший заверченный уровень вашего образования:

K-12: нет 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12/выпускник старшей школы
 12/без диплом Эквивалент старшей школы (TASC, GED)

Послешкольное образование:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> СШ+1 год обучения / без степени | <input type="checkbox"/> СШ+2 года обучения / без степени | <input type="checkbox"/> СШ+3 года обучения / без степени |
| <input type="checkbox"/> СШ+1 год профессионального обучения | <input type="checkbox"/> СШ+2 года профессионального обучения | <input type="checkbox"/> СШ+3 года профессионального обучения |
| <input type="checkbox"/> СШ+1 год обучения на степень младшего специалиста | <input type="checkbox"/> СШ+2 года обучения на степень младшего специалиста | <input type="checkbox"/> СШ+3 года обучения на степень младшего специалиста |
| <input type="checkbox"/> Диплом бакалавра | <input type="checkbox"/> Диплом магистра | <input type="checkbox"/> Докторская степень |

Есть ли у вас **надежное транспортное средство** для поездок на работу и с работы? Да Нет

Есть ли у вас **водительские права**? Да Нет

Какие у вас водительские права?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Класс А (тягач с прицепом) | <input type="checkbox"/> Класс В (грузовой автомобиль/автобус) |
| <input type="checkbox"/> Класс С (легкие коммерческие грузовые автомобили) | <input type="checkbox"/> Класс Сп (С без права управления грузовыми автомобилями) |
| <input type="checkbox"/> Класс D (операторы) | <input type="checkbox"/> Класс Е (такси) |
| <input type="checkbox"/> Класс М (Мотоцикл) | |

Разрешения: Пассажирский транспорт Опасные вещества Автоцистерны
 Мотоцикл Школьный автобус Два или три прицепа
 Цистерна с опасным грузом Пневматические тормоза

Есть ли у вас **профессиональный сертификат или лицензия**? Да Нет

Сертификат / лицензия _____ Организация или место выдачи _____

Дата выдачи _____ Штат _____ Страна _____

Я подтверждаю, что информация в настоящем документе является истинной и точной, насколько мне это известно.

Подпись _____ Дата _____