

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

تقديم طلب منح خدمات إعادة التوظيف
وتقييم الأهلية (RESEA) الأولي
متابعة طلب منح خدمات إعادة
التوظيف وتقييم الأهلية (RESEA)

خطة إعادة التوظيف

الاسم: _____

رقم التعريف في ولاية نيويورك: _____

الخطوات التي سأخذها للمساعدة في إعادة توظيفي

- إزالة أي مانع (أو موانع) محتمل للتوظيف و/أو الاستمرار في التمتع بأهلية الحصول على التأمين ضد البطالة. سأفعل ما يلي: _____
- إرسال سيرتي الذاتية عبر البريد الإلكتروني إلى المستشار المهني على البريد الإلكتروني التالي: @labor.ny.gov
- تعديل السيرة الذاتية الحالية بناءً على التعليقات التي ألقاها بعد مراجعة السيرة الذاتية
- توسيع نطاق بحثي عن عمل ليشمل مجالات العمل أو المهن الأخرى إلى: _____
- إنشاء صفحة لي على شبكة LinkedIn، أو تحديث صفحتي الحالية
- استكشاف فرص التدريب والفرص التعليمية المتاحة: اللغة الإنجليزية كلغة ثانية (ESL) معادلة الشهادة الثانوية
- برامج التدريب المهني منح التدريب للأفراد المُقدَّمة وفقًا لقانون الفرص والابتكار للقوى العاملة (WIOA)
- تقديم نموذج الطلب رقم 599
- التقدم بطلب لبرنامج مساعدة الأعمال الحرة (SEAP) قبل المطالبة بالحصول على إعانات لمدة 13 أسبوعًا
- المتابعة مع الجهة التي سبق وأن أجريت معها مقابلة عمل أو الجهات المحتملة الأخرى
- تكوين شبكة علاقات عمل، والبحث عبر الإنترنت، والحصول على بطاقات التعريف المهنية
- التواصل مع القائمين على التوظيف، ووكالات التوظيف، والخريجين
- مرارسة المستشار المهني عبر البريد الإلكتروني أو الاتصال به عند عودتي إلى العمل
- غير ذلك: _____

حضور مواعيد مركز التوظيف التالية:

- موعد تلقي خدمات إعادة التوظيف الإلزامي التالي: _____ التاريخ: _____
- ورشة العمل: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____
- موعد المشورة المهنية للأفراد مع: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____

حضور موعد الإحالة إلى خدمات الدعم التالية: مثل برنامج إعادة التأهيل المهني، وبرنامج اللغة الإنجليزية للمتحدثين بلغات أخرى (ESOL)، وبرنامج معادلة الشهادة الثانوية (HSE)

الوكالة: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____
اسم جهة الاتصال: _____

متابعة الترشيحات للوظائف التي تلقيتها: الوظائف التي سأقدم لها (الاسم التجاري والمسمى الوظيفي):

1. _____

2. _____

3. _____

إقرار

راجعتُ المعلومات الواردة في خطة إعادة التوظيف الخاصة بي، وأوافق على حضور المواعيد المُقرَّرة. وأعي أنه في حالة عدم التزامي بما ورد أعلاه، ربما أصبح غير مؤهل للحصول على إعانات التأمين ضد البطالة.

التوقيع: _____ التاريخ: _____