

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 : NY _____

*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)

Blanc(he)	Noir(e) ou Africain	Indien d'Amérique ou	Chinois(e)
Indien(ne) d'Asie	Américain(e)	Natif/ve d'Alaska	Japonais(e)
Pakistanaï(e)	Philippin(e)	Coréen(ne)	Bangladaï(e)
Birman(e)	Samoan(e)	Vietnamien(ne)	Népalais(e)
Thaïlandais(e)	Hawaïen(ne)	Autre insulaire du Pacifique	Natif(-ive) d'un autre pays d'Asie
	Guamien(ne) et Chamorro		

Formation

*Formation (cochez le niveau le plus élevé obtenu)

Note : S.O. 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)

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

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

Lieux de 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)
 Classe Cn (C-non-CDL)
 Catégorie M (moto)

Catégorie B (camion/bus)
 Catégorie D (opérateurs)

Catégorie C (camion léger pour commerce)
 Catégorie E (taxi)

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 / /