

## Inscription aux services d'orientation professionnelle

**Veillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie**

### Données sur le client

Numéro de sécurité social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numéro d'identifiant de l'État de New York : NY \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Deuxième prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe : Masculin Féminin Non Binaire

Si vous êtes né après le 31 décembre 1959 et que vous avez été désigné comme homme à la naissance, êtes-vous inscrit au service sélectif de l'armée américaine ? Oui Non

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Comté : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone portable : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**Êtes-vous citoyen américain ?** Oui Non

Si la réponse est non, êtes-vous autorisé(e) à travailler aux États-Unis ? Oui Non

**Êtes-vous titulaire d'un diplôme d'études secondaires (DES) ou d'un diplôme d'enseignement général (DEG)/test d'évaluation de l'achèvement des études secondaires ?** Oui Non

Si non, quel est votre niveau secondaire le plus élevé ? \_\_\_\_\_

**Avez-vous des connaissances limitées en anglais ?** Oui Non

Si oui, quelle est votre langue maternelle ? \_\_\_\_\_

### 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) Préfère ne pas répondre

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)	Samoaï(ne)	Vietnamien(ne)	Népalais(e)
Thaïlandais(e)	Hawaïen(ne)	Autre insulaire du Pacifique	Natif(-ive) d'un autre pays d'Asie
	Guamien(ne) et Chamorro		

## Militaire

**Remarque : les anciens combattants et les « conjoints admissibles » bénéficient d'une priorité de service.**

\* Avez-vous servi dans les forces armées américaines ? Oui Non

\* Êtes-vous le/la conjoint(e) d'un(e) ancien(ne) combattant(e) ? Oui Non

Si oui, dans quel corps de l'armée américaine ? \_\_\_\_\_

Dates de service : du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Préférences en matière d'emploi

Quels types d'emplois acceptez-vous ?

Semaine de travail : Temps plein (30 heures par semaine ou plus)  
Temps partiel (moins de 30 heures par semaine)

Durée : Régulier (plus de 150 jours)  
Temporaire (3 jours ou moins)  
Régulier ou temporaire (4 à 150 jours)

Salaire minimal acceptable : \$ \_\_\_\_\_ par Heure Jour Semaine Mois An

Quel quart de travail souhaitez-vous occuper ? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Premier quart (quart de travail qui commence le matin)  
Deuxième quart (quart qui commence l'après-midi ou en début de soirée)  
Troisième quart (quart qui commence la nuit) Division Rotation

## Aide à l'ajustement commercial (TAA)

Avez-vous été informé(e) par le ministère du Travail de l'État de New York (par le biais du formulaire TA722) que vous êtes admissible à l'**aide à l'ajustement commercial** ? Oui Non

Si Oui, indiquez le numéro de la requête TAA : \_\_\_\_\_

Si non, avez-vous été licencié(e) en raison du commerce extérieur ? Oui Non

## Objectif d'emploi et expérience professionnelle

Objectif professionnel/Type d'emploi souhaité (intitulé de poste) : \_\_\_\_\_

Êtes-vous disposé(e) à vous déplacer de ? 40 80 160 km du code postal : \_\_\_\_\_

Indiquez vos deux derniers employeurs. Commencez par l'emploi le plus récent. Fournissez les informations requises pour chaque employeur. Apportez autant de détails que possible pour nous permettre de vous aider à trouver un emploi.

**Intitulé de poste** : \_\_\_\_\_ **Employeur** : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Pays, Si différent des États-Unis : \_\_\_\_\_

Combien d'heures de travail effectuiez-vous par semaine ? \_\_\_\_\_

Date de début d'emploi : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de cessation d'emploi : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Salaire : \$ \_\_\_\_\_ par Heure Jour Semaine Mois An

Raison de la cessation d'emploi : \_\_\_\_\_

Responsabilités : \_\_\_\_\_

**Intitulé de poste** : \_\_\_\_\_ **Employeur** : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Pays, Si différent des États-Unis : \_\_\_\_\_

Combien d'heures de travail effectuez-vous par semaine ? \_\_\_\_\_

Date de début d'emploi : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Date de cessation d'emploi : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Salaires : \$ \_\_\_\_\_ par Heure Jour Semaine Mois An

Raison de la cessation d'emploi : \_\_\_\_\_

Responsabilités : \_\_\_\_\_

### Formation, Diplômes, Licences

Indiquez votre niveau d'éducation le plus élevé :

Maternelle en terminale : aucun CP CE1 CE2 CM1 CM1 6<sup>ème</sup> 5<sup>ème</sup> 4<sup>ème</sup> 3<sup>ème</sup>  
2<sup>nde</sup> 1<sup>ère</sup> Terminale/Diplôme d'enseignement secondaire

Terminal/sans diplôme Diplôme équivalent de l'enseignement secondaire (TASC, DEG)

Diplôme d'études supérieures :

Bacc+1 an/sans diplôme	Bacc+2 ans/sans diplôme	Bacc+3 ans/sans diplôme
Bacc+1 an/certificat de formation professionnelle	Bacc+2 ans/certificat de formation professionnelle	Bacc+3 ans/certificat de formation professionnelle
Bacc+1 an/ Licence 1	Bacc+2 ans/BTS ou DUT	Bacc+3 ans/Licence 3
Licence	Master	Doctorat

Disposez-vous d'un moyen de **transport fiable** pour vous rendre au travail ? Oui Non

Disposez-vous d'un **permis de conduire** ? Oui Non

De que type de permis disposez-vous ?	Classe A (Remorque de tracteur)	Classe B (Camion/autobus)
	Classe C (Camion léger)	Classe Cn (C-non-CDL)
	Classe D (Opérateurs)	Classe E (Taxi)
	Classe M (Motocyclette)	

Autorisations :	Transport de passagers	Produits dangereux	Véhicules-citernes
	Motocyclette	Bus scolaire	Camions double/triple
	Risque lié aux réservoirs	Freins à air comprimé	

Avez-vous un **certificat ou une licence professionnelle** ? Oui Non

Certificat/Licence : \_\_\_\_\_ Organisme de délivrance ou localité : \_\_\_\_\_

Date de délivrance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

**Je certifie que les informations fournies dans ce document sont, à ma connaissance, exactes et fiables.**

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_