

## পুনরায় কর্মসংস্থান প্ল্যান

নাম: \_\_\_\_\_

নিউ ইয়র্ক সনাক্তকরণ নম্বর: NY \_\_\_\_\_

### আমার নিয়োগে সহায়তার জন্য আমি যে পদক্ষেপগুলি নেব:

কর্মসংস্থানের সম্ভাব্য বাধা(গুলি) সরানো এবং/অথবা বেকারত্ব বীমা যোগ্যতা বজায় রাখা।

আমি করব: \_\_\_\_\_

আমার রিজুমে (জীবনবৃত্তান্ত) কেবলমাত্র অ্যাডভাইজরকে ইমেল করব: \_\_\_\_\_ @labor.ny.gov

পুনঃসূচনা পর্যালোচনা থেকে প্রতিক্রিয়া অনুযায়ী বর্তমান জীবনবৃত্তান্ত সংশোধন করব

আমার কর্ম অনুসন্ধান অন্যান্য শিল্প বা পেশায় প্রসারিত করা: \_\_\_\_\_

লিঙ্কডইন প্রোফাইল তৈরি বা আপডেট করা

প্রশিক্ষণ এবং শিক্ষাগত সুযোগগুলি অন্বেষণ করা: ইংরেজি দ্বিতীয় ভাষা হিসাবে (ESL)

হাই স্কুল সমতুল্য শিক্ষানবিশ WIOA পৃথক প্রশিক্ষণ অনুদান

599 আবেদন জমা করা

13 সপ্তাহের সুবিধা দাবি করার আগে স্ব-নিযুক্তি সহায়তা প্রোগ্রামের (SEAP) জন্য আবেদন

আগের সাক্ষাৎকার বা লিড (সম্ভবনা) নিয়ে ফলোআপ

নেটওয়ার্ক, অনলাইনে অনুসন্ধান, ব্যবসায়ের কার্ডগুলি পাওয়া

নিয়োগকারী, কর্মী সরবরাহকারী সংস্থা, প্রাক্তন শিক্ষার্থীর সাথে যোগাযোগ

যখন আমি কাজে ফিরব তখন কেবলমাত্র অ্যাডভাইজরকে ইমেল বা ফোন করা

অন্য: \_\_\_\_\_

### নিম্নলিখিত কেবলমাত্র কেন্দ্র অ্যাপয়েন্টমেন্টগুলি যোগদান করা:

পরবর্তী বাধ্যতামূলক পুনর্নিয়োগ পরিষেবা সম্পর্কিত অ্যাপয়েন্টমেন্ট: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

কর্মশালা: ইন্টারভিউ রিজুমে (জীবনবৃত্তান্ত) কর্ম অনুসন্ধান সোশাল মিডিয়া

মেট্রিক্স ওরিয়েন্টেশন অন্যান্য: \_\_\_\_\_ যিদ অন্যান্য: \_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_ সময়: \_\_\_\_\_

কর্মশালা: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_ সময়: \_\_\_\_\_

### নিম্নলিখিত সহায়ক পরিষেবা রেফারেল অ্যাপয়েন্টমেন্টে যোগদান করা: যেমন বৃত্তিমূলক পুনর্বাসন, ইংরেজি থেকে অন্য ভাষায় কথা বলা (ESOL), উচ্চ বিদ্যালয়ের সমতুল্যতা (HSE)

সংস্থা: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_ সময়: \_\_\_\_\_

যোগাযোগের নাম: \_\_\_\_\_

আমার পাওয়া কাজের বেফাবেলগুলির সম্পর্কে ফলো-আপ: আমি চাকরীর জন্য আবেদন করব (ব্যবসায়ের নাম এবং পদের নাম):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**সার্টিফিকেশন:**

আমি আমার পুনরায় কর্মসংস্থান প্ল্যানের (Reemployment Plan) তথ্যটি পর্যালোচনা করেছি। আমি নির্ধারিত অ্যাপয়েন্টমেন্টগুলিতে অংশ নিতে রাজি। আমি বুঝেছি যে আমি যদি উপরে বর্ণিতগুলি না মেনে চলি তবে আমি বেকারত্ব বীমা সুবিধা পাওয়ার জন্য অযোগ্য হতে পারি।

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

প্রিন্ট করুন

ফর্ম পরিষ্কার করুন