

Σχέδιο Επαναπασχόλησης

Όνομα: _____

Αριθμός φορολογικού μητρώου Νέας Υόρκης: NY _____

Βήματα που θα ακολουθήσω με στόχο την επαναπασχόλησή μου:

Άρση πιθανών εμποδίων απασχόλησης και/ή διατήρηση δικαιώματος Ασφάλισης Ανεργίας.

Θα: _____

Αποστολή του βιογραφικού μου με email στον Σύμβουλο Σταδιοδρομίας στη διεύθυνση:

_____ @labor.ny.gov

Αναθεώρηση βιογραφικού με βάση τα σχόλια από την ανασκόπησή του

Διεύρυνση της αναζήτησής μου για εργασία σε άλλους κλάδους ή άλλα επαγγέλματα σε:

Δημιουργία ή ενημέρωση προφίλ στο LinkedIn

Εξερεύνηση ευκαιριών για κατάρτιση και εκπαίδευση:

Αγγλικά ως δεύτερη γλώσσα (ESL)

Ισοδυναμία με απολυτήριο γυμνασίου

Μαθητεία

Επιχορηγήσεις WIOA για ατομική κατάρτιση

Υποβολή αίτησης 599

Αίτηση για το Πρόγραμμα Βοήθειας για Αυτοαπασχόληση (SEAP) προτού ζητήσω επιδόματα για 13 εβδομάδες

Παρακολούθηση εξέλιξης προγενέστερης συνέντευξης ή επαφής με υποψήφιο εργοδότη

Δικτύωση, αναζήτηση στο Ίντερνετ, λήψη επαγγελματικών καρτών

Επαφή με υπεύθυνους προσλήψεων, πρακτορεία εύρεσης προσωπικού, αποφοίτους

Αποστολή ενημερωτικού email ή τηλεφωνική επικοινωνία με τον Σύμβουλο Σταδιοδρομίας όταν επιστρέψω στη δουλειά

Άλλο: _____

Παρουσία στα εξής ραντεβού του Κέντρου Σταδιοδρομίας:

Νέο υποχρεωτικό ραντεβού με τις Υπηρεσίες Επαναπασχόλησης: _____

Ημερομηνία: _____

Εργαστήριο: _____ Αν Άλλο: _____

Ημερομηνία: _____ Ώρα: _____

Προσωπικό ραντεβού συμβουλευτικής για τη σταδιοδρομία με: _____

Ημερομηνία: _____ Ώρα: _____

Παρουσία στο εξής ραντεβού παραπομπής σε υποστηρικτικές υπηρεσίες: Όπως για επαγγελματική επανένταξη, Αγγλικά για ομιλητές άλλων γλωσσών (ESOL), Ισοδυναμία με απολυτήριο γυμνασίου (HSE)

Φορέας: _____ Ημερομηνία: _____ Ώρα: _____

Υπεύθυνος επικοινωνίας: _____

Παρακολούθηση εξέλιξης για συστάσεις σε εργοδότες που έλαβα: Θέσεις εργασίας για τις οποίες θα υποβάλω αίτηση (επωνυμία επιχείρησης και τίτλος θέσης):

1. _____
2. _____
3. _____

Βεβαίωση:

Έχω διαβάσει προσεκτικά τις πληροφορίες στο προσωπικό μου Σχέδιο Επαναπασχόλησης. Συμφωνώ να παρίσταμαι σε προγραμματισμένα ραντεβού. Γνωρίζω ότι σε περίπτωση μη συμμόρφωσής μου με τα προαναφερόμενα, ενδέχεται να πάψω να δικαιούμαι επιδόματα Ασφάλισης Ανεργίας.

Υπογραφή: _____ **Ημερομηνία:** _____

Εκτύπωση

Εκκαθάριση εντύπου