



EVALUACIÓN DE RESEA / PLAN DE ACCIÓN PROFESIONAL (A / CAP)

Este formulario de evaluación está diseñado para ayudarlo a cumplir con sus requisitos como parte de la recepción de beneficios del Seguro de Desempleo (UI) administrados a través del Departamento de Asistencia de Desempleo (DUA). Este formulario se completará y firmará antes de dejar la orientación. El incumplimiento de todas las metas establecidas en este formulario resultará en la pérdida total o parcial de sus beneficios de UI.

Nombre _____ Numero de Membresía _____

Barreras al Empleo. (Marque todo lo pertinente):

- Falta de Destrezas Profesionales Deseadas
- Falta de Credenciales, Certificación, o Licencias
- Falta de Educación Básica
- Discriminación en el Mercado Laboral
- Ingles Limitado, Falta de dominar el Inglés
- Adicional: _____

Cosas Adicionales. (Marque Sí o No por cada cosa):

- | | TENGO | NECESITO |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Currículo (Resumé) | ☐ | ☐ |
| Carta de Presentación | ☐ | ☐ |
| Capacidad de Entrevistar | ☐ | ☐ |
| Conocimiento de Computadoras | ☐ | ☐ |

Investigación del Mercado Laboral (LMI). Usted está obligado a realizar una investigación del mercado laboral para su ocupación principal utilizando las herramientas que se le proporcionan en su Hoja de trabajo de investigación del mercado laboral. Por favor, complete la siguiente información sobre su (s) ocupación (es). Durante su reunión de revisión de RESEA, proporcionará la Hoja de trabajo de información del mercado laboral completa que se le envió por correo electrónico.

Oficio principal: _____

JOB QUEST. Se le exige a usted que se inscriba en el sitio Internet de Job Quest: www.mass.gov/JobQuest

Cita de revisión OBLIGATORIA de RESEA. Usted está obligado a participar en una revisión de RESEA de su actividad objetivo. Le proporcionaremos la fecha y hora de la revisión requerida, según la fecha límite de RESEA. Usted tendrá la opción de una Revisión Virtual o una Revisión en Persona.

Revisión de RESEA virtual está programada para: (Día / fecha) _____ ☐ AM (8:30 – 11:30) ☐ PM (1:15 – 4:00)

(nota: un especialista de RESEA lo llamará durante los horarios resaltados anteriormente)

Envíe por correo electrónico los siguientes formularios a: virtualccs@masshiremvcc.com

* La línea de asunto del correo electrónico debe ser su apellido, la inicial del nombre y los últimos 4 dígitos del número de identificación del solicitante de empleo.

- | | |
|--|--|
| ☐ Este formulario de evaluación / plan de acción profesional (A / CAP) | ☐ Currículum |
| ☐ Hoja de trabajo de investigación del mercado laboral completada | ☐ Formulario completo de evaluación de necesidades individuales (INA) |
| ☐ Registros de búsqueda de trabajo completados para cada semana que solicitó Beneficios por desempleo | |

Revisión de RESEA en persona está programada para: (Día / fecha) _____ ☐ AM (8:30 – 11:00) ☐ PM (1:15 – 3:00)

Ubicación: ☐ MassHire Merrimack Valley Career Center, 439 South Union Street, Suite 208, Lawrence, MA 01843

NOTA: DEBE ESTAR EN LA OFICINA ENTRE EL PERIODO DE TIEMPO MARCADO ARRIBA

Traiga los siguientes formularios para su revisión:

- | | |
|--|--|
| ☐ Este formulario de evaluación / plan de acción profesional (A / CAP) | ☐ Currículum |
| ☐ Hoja de trabajo de investigación del mercado laboral completada | ☐ Formulario completo de evaluación de necesidades individuales (INA) |
| ☐ Registros de búsqueda de trabajo completados para cada semana que solicitó Beneficios por desempleo | |

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE: He ayudado a desarrollar este A/CAP proporcionando la información anterior. Estoy de acuerdo con el nivel de cooperación y participación que se requiere para completar este plan, lo que incluye completar todas las tareas y metas, asistir a los talleres asignados y reunirme con el personal del Career Center. Soy capaz, estoy disponible y estoy buscando empleo activamente y mantengo registros de búsqueda de trabajo como lo requiere DUA. Entiendo que no cumplir con este plan resultará en la pérdida de mis beneficios por desempleo.

Se me ha informado sobre el Programa de Oportunidades de Capacitación (Sección 30) y entiendo que debo solicitar el Programa de Oportunidades de Capacitación (Sección 30) antes de la vigésima semana pagadera de mis pagos del Seguro de Desempleo para ser elegible para los beneficios de Desempleo de la Sección 30.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____ Firma del Personal: _____

STAFF USE ONLY: