

Acuerdo de Búsqueda de Empleo Servicios de Empleo con Apoyo Individual

Nombre del Miembro _____ Fecha _____

Nombre del Coordinador de Apoyo _____ ID de Asist del DDD _____

Nombre del Proveedor Calificado _____ Núm. de Teléfono _____

Dirección del Proveedor Calificado _____

Meta Laboral del Miembro _____

El propósito de este acuerdo es establecer los servicios y apoyos que se proporcionarán, incluidos los plazos correspondientes. Este documento deberá actualizarse y modificarse según sea necesario. La Tarea No. 1 está previamente marcada, ya que es un requisito.

	Tareas	Horas
	1. Participar en la reunión de Planificación Centrada en la Persona del Miembro para desarrollar estrategias de búsqueda de empleo y las tareas necesarias para alcanzar sus metas laborales. Comentarios:	
	2. Explorar la experiencia, fortalezas, intereses y necesidades de transporte del Miembro.. Comentarios:	
	3. Desarrollar el horario del Miembro (disponibilidad, horas y días de trabajo preferidos, momento óptimo del día para trabajar, etc.). Comentarios:	
	4. Proporcionar habilidades básicas de preparación para el empleo (<i>por ejemplo, redacción de currículum, técnicas de entrevista, vestimenta adecuada para el trabajo, etc.</i>) Comentarios:	
	5. Identificar empleadores potenciales. Comentarios:	
	6. Comunicarse con los empleadores identificados en el punto No. 5 para determinar una buena compatibilidad laboral para el Miembro y luego establecer la conexión entre el Miembro y los empleadores potenciales. Comentarios:	

	7. Ayudar al Miembro con el proceso de solicitud y entrevista. Comentarios:	
	8. Si es necesario, proporcionar capacitación laboral a corto plazo en el lugar de trabajo para ayudar al Miembro a adaptarse al empleo. Comentarios:	
	9. Otra _____ Comentarios:	

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____ Total de horas por semana _____

Nombre del Miembro _____

Firma del Miembro _____ Date _____

Nombre del Coordinador de Apoyo _____

Firma del Coordinador de Apoyo _____ Date _____

Nombre de la Persona Responsable _____

Firma de la Persona Responsable _____ Fecha _____

Nombre del Proveedor Calificado _____

Firma del Proveedor Calificado _____ Fecha _____

Nombre del Especialista del Programa de Empleo _____

Firma del Especialista del Programa de Empleo _____ Fecha _____

Distribución: Original – Coordinador de Apoyos/OnBase; Copia – Persona Responsable; Copia – Proveedor Calificado