

**قياس صحة المزاي**  
**استبيان مقدم الطلب - مطالبة رفض عدم الفصل**

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بكل دقة. إذا كنت لا تعرف الإجابة، يرجى ترك مكانها فارغاً. سوف يناقشها المسؤول عن المقابلة معك فيما بعد. يرجى طلب المساعدة إذا كنت بحاجة لذلك. يرجى الكتابة بشكل واضح. سوف تستخدم أجوبتك في تحديد إذا كان قرار رفض منحك مزايا التأمين ضد البطالة صائباً أم لا. سيتم التحقق من هذه المعلومات. الصفحة الأخيرة من هذا الاستبيان خاصة بتسجيل تاريخ عملك.

تختار عمليات تدقيق قياس صحة المزاي مطالبات مدفوعة ومرفوضة لتعويض البطالة عشوائياً للتحقق من مدى صحتها. إن أي إخفاق في الإبلاغ أو الإفصاح أو تزويد معلومات عند طلبها أو تعبئة استبيان قياس صحة المزاي قبل تاريخ الاستحقاق قد يؤدي إلى تأخر أو رفض منح المزاي. تخضع ردودك لقوانين السرية الحكومية، والتي يجب أن تتوافق مع اللوائح الفيدرالية (البند 20، الجزء 603، قانون اللوائح الفيدرالية). تحمي الوكالات الحكومية والفيدرالية سرية معلومات قياس صحة المزاي عن طريق:

(1) استخدام المعلومات فقط لأغراض التحقق من أهلية مقدم الطلب لتعويضات البطالة وتحديد الخصائص الوصفية العامة ذات الصلة ببرنامج التأمين ضد البطالة؛

(2) السماح بإطلاع الأشخاص المصرح لهم فقط على المعلومات؛

(3) ضمان أن حفظ المعلومات الإلكتروني والمادي آمن؛ و

(4) نشر نتائج عمليات تدقيق قياس صحة المزاي في صيغة تحول دون تحديد هوية الشخص الذي يقدم المعلومات.

<p>11. المجموعة العرقية - يرجى التحديد عبر اختيار أحد الخيارات التالية: <b>14</b></p> <p><input type="checkbox"/> [0] ليس من أصل أسباني أو لاتيني</p> <p><input type="checkbox"/> [1] من أصل أسباني أو لاتيني</p> <p><input type="checkbox"/> [9] غير معروف</p>	<p>1. الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)</p> <p>إذا كنت تعرف أو حصلت خلال السنوات الثلاثة الماضية على دخل باسم مختلف، فيرجى إدخاله هنا:</p>
<p>12. هل أنت مواطن أمريكي؟ <b>11</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة لا، أدخل رقم بطاقة تسجيل الأجنبي: _____</p>	<p>2. رقم الضمان الاجتماعي</p> <p>إذا حصلت خلال السنوات الثلاثة الماضية على دخل برقم ضمان اجتماعي مختلف، فيرجى إدخال رقم الضمان الاجتماعي هنا:</p>
<p>13. أعلى مستوى مكتمل من التعليم (ضع دائرة على خيار واحد): <b>15</b></p> <p>المرحلة الابتدائية - 0 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>المرحلة الثانوية - 9 10 11 12</p> <p>كلية درجة مشارك</p> <p>درجة البكالوريوس الجامعية</p> <p>دراسات عليا</p> <p>التخصص الرئيسي: _____</p>	<p>3. عنوان الشارع</p> <p>رقم الشقة</p> <p>4. المدينة:</p> <p>الولاية: _____</p> <p>الرمز البريدي: _____</p>
<p>14. هل حصلت على تدريب مهني أو فني؟ <b>16</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>نوع الشهادة: _____</p>	<p>5. عنوان البريد (إذا كان مختلفاً)</p>
<p>15. هل أنت ملتحق حالياً في مؤسسة تعليمية أو في برنامج تدريبي؟ <b>17</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى إكمال التالي: الاسم، العنوان، رقم هاتف المؤسسة التعليمية أو البرنامج التدريبي:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>6. إذا كنت قد انتقلت بعد طلبك لمزايا البطالة في 26-02-2016، يرجى إدخال العنوان عند تقديمك للطلب لأول مرة:</p>
<p>_____</p>	<p>7. رقم الهاتف (مع رمز المنطقة)</p>
<p>_____</p>	<p>8. تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة) <b>12</b></p>
<p>إذا كنت ملتحقاً ببرنامج تدريبي، ضع دائرة على نوع البرنامج: مهني أو أكاديمي</p> <p>هل لديك أو هل يمكنك الحصول على دليل يثبت أنك تحرز تقدماً مرضياً؟ <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p>	<p>9. الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <b>13</b></p>

10. المجموعة العرقية - يرجى التحديد عبر اختيار واحد أو أكثر من الخيارات التالية: 14

[1] أبيض

[2] أسود أو أفريقي-أمريكي

[3] آسيوي

[4] أمريكي هندي أو ألاسكي أصلي

[5] سكان هاواي الأصليون أو غيرهم من سكان جزر

المحيط الأطلسي

[9] غير معروف

18

16. ماذا كانت وظيفتك الاعتيادية خلال الأشهر الثمانية عشرة الأخيرة؟

\_\_\_\_\_

ما هي المهام الرئيسية التي تؤديها في عملك المعتاد؟

\_\_\_\_\_

**قياس صحة المزاي**  
**استبيان مقدم الطلب - مطالبة رفض عدم الفصل**

<p>22. هل تحتاج لرخص أو شهادات محددة للقيام بنوع العمل الذي تبحث عنه؟  <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة "نعم"، هل كانت لديك الرخص والشهادات المطلوبة؟ <input type="checkbox"/></p> <p>ما هو نوع الرخصة أو الشهادة؟ _____</p> <p>متى تنتهي صلاحيتها؟ _____</p>	<p>17. ما نوع العمل الذي تبحث عنه؟ <b>19</b></p> <p>_____</p> <p>عدد أشهر/سنوات الخبرة التي تملكها في هذا النوع من العمل: _____</p> <p>18. ماذا كان أجرك المعتاد مقابل العمل خلال الأشهر الثمانية عشرة الأخيرة؟ <b>20 - 21</b></p> <p>_____ دولار لكل _____</p> <p>ما هو معدل الأجر الأقل الذي ستقبله للعمل؟ _____ دولار لكل _____</p>
<p>23. هل سجلت في خدمة التوظيف الحكومية منذ تقديمك طلب الحصول على مزاي البطالة في 2016-02-26؟ <b>83</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة "نعم"، التاريخ: _____ عدد الإحالات: _____</p> <p><b>85</b> ماذا كانت نتائج هذه الإحالات؟ _____</p>	<p>19. هل حصلت على معلومات بشأن مزاي البطالة وحقوقك ومسؤولياتك عند طلبك للمزاي لأول مرة؟ <b>26</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة نعم، فكيف حصلت على تلك المعلومات؟ (ضع علامة على جميع ما ينطبق)</p> <p><input type="checkbox"/> مقابلة شخصية (فردية) <input type="checkbox"/> مقابلة جماعية</p> <p><input type="checkbox"/> كتيب أو نشرة <input type="checkbox"/> موقع إنترنت/مكالمة هاتفية/وسائط أخرى</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى (حدد) _____</p>
<p>24. هل سجلت في خدمة التوظيف الخاصة منذ تقديمك طلب الحصول على مزاي البطالة بتاريخ _____؟ <b>86</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة "نعم"، عدد الإحالات: <b>87</b> _____</p> <p>ماذا كانت نتائج هذه الإحالات؟ _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>20. ضع علامة على كافة مصادر الدخل التالية التي حصلت عليها خلال الفترة التي رفض فيها طلبك وحدد المبلغ الذي حصلت عليه من كل مصدر لفترة الرفض، حتى إذا تم سدادك في وقت آخر. <b>74*72*70*68</b></p> <p><input type="checkbox"/> لا يوجد (إذا كان خيارك هو "لا يوجد"، انتقل إلى السؤال 20ب)</p> <p><input type="checkbox"/> أجور _____ <input type="checkbox"/> بدلات الإخطار _____</p> <p><input type="checkbox"/> بدل العطل الرسمية _____ <input type="checkbox"/> الحرس الوطني/الاحتياطي _____</p> <p><input type="checkbox"/> بدل الإجازات _____ <input type="checkbox"/> العمولات _____</p> <p><input type="checkbox"/> الإكراميات _____ <input type="checkbox"/> الدخل من العمل الذاتي _____</p> <p><input type="checkbox"/> تعويضات العمال _____ <input type="checkbox"/> لعمل بالمقاوله _____</p> <p><input type="checkbox"/> أجور الإعاقة _____ <input type="checkbox"/> تعويض الفصل من العمل/إنهاء الخدمة _____</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى (يرجى التحديد) _____</p> <p>(لا تتضمن مزاي المحاربين القدامى أو الضمان الاجتماعي)</p>

20ب. خلال الفترة التي رفض فيها طلبك، هل كنت مستحقاً لأي دفعات للضمان الاجتماعي أو المعاش أو صندوق التقاعد؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة "لا"، انتقل إلى السؤال 21. إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر المبلغ الذي استلمته:

الضمان الاجتماعي  
مزاي المحاربين القدامى

\_\_\_\_\_ دولار  
التقاعد من سكة الحديد  
تقاعد الخدمة المدنية الفدرالية  
التقاعد من الجيش الأمريكي  
تقاعد الحكومة المحلي/في الولاية  
بدل تقاعد من مؤسسة خاصة أو نقابة  
أخرى (حدد)  
\_\_\_\_\_ دولار  
\_\_\_\_\_ دولار  
\_\_\_\_\_ دولار  
\_\_\_\_\_ دولار  
\_\_\_\_\_ دولار

21. هل تتوقع أن يطلب منك صاحب عمل سابق العودة للعمل لديه؟  
 نعم  لا **66**

إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية:  
هل تملك أو هل استلمت إشعاراً بطلب العودة للعمل؟  
 نعم  لا

متى علمت أنه سيُطلب منك العودة إلى العمل؟

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
اليوم الشهر السنة  
من أخبرك بذلك؟

متى ستعود إلى العمل؟  
اسم وعنوان ورقم هاتف صاحب العمل:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. هل أنت عضو في نقابة؟  نعم  لا **88، 89**  
إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى إكمال التالي:

اسم النقابة: \_\_\_\_\_

الرقم المحلي: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

من جهة الاتصال لديك في النقابة؟ \_\_\_\_\_

هل توجد في النقابة مكتب توظيف محلي؟  نعم  لا

هل تعتبر مستحقاًك جارية؟  نعم  لا

هل تحصل على العمل فقط من خلال النقابة؟  نعم  لا

هل تقبل العمل في وظائف لا تحيلك إليها النقابة؟  نعم  لا

هل انت مؤهل للإحالة إلى وظائف عن طريق النقابة؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة "لا"، وضح:

هل كنت مدرجاً ضمن قائمة العاطلين عن العمل؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، متى كانت آخر مرة وقَّعتَ فيها على القائمة؟

إذا كانت الإجابة "لا"، وضح:

كم عدد الوظائف التي أحلتَ إليها؟ \_\_\_\_\_

ماذا كانت نتائج هذه الإحالات؟ \_\_\_\_\_

**قياس صحة المزاييا  
استبيان مقدم الطلب - مطالبة رفض عدم الفصل**

27. خلال الأسبوع، هل قدمت الرعاية لأفراد معالين أو أشخاص آخرين خلال ساعات العمل المعتادة؟  
 نعم  لا  
 إذا كانت الإجابة "لا"، انتقل إلى السؤال 28.  
 إذا كانت الإجابة "نعم"، هل هناك شخص أو مكان آخر متوفر لتقديم الرعاية؟  
 نعم  لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تزويدنا باسم وعنوان ورقم هاتف مقدم الرعاية:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

26. خلال الفترة التي رفض فيها طلبك، هل تعرضت أو أي من أفراد عائلتك المباشرين لأية مشاكل صحية أو عجز أو إعاقة أدت إلى الحد من قدرتك على ممارستك عملك المعتاد أو البحث عن عمل؟  
 نعم  لا  
 إذا كانت الإجابة "نعم"، وض:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28. خلال الفترة التي تم فيها رفض طلبك، هل كانت لديك وسيلة تنقل للذهاب إلى العمل والإياب منه؟  نعم  لا

29. هل سعت بشكل فعال للبحث عن عمل خلال أسبوع من \_\_\_\_\_؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى إكمال التالي: **78 76**

1. اسم صاحب العمل	تاريخ الاتصال:	طريقة الاتصال: <input type="checkbox"/> شخصياً <input type="checkbox"/> البريد <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> الفاكس <input type="checkbox"/> الإنترنت <input type="checkbox"/> أخرى (حدد):
العنوان:	رقم هاتف صاحب العمل (مع رمز المنطقة):	هل تم استلام طلبك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل قدمت سيرتك الذاتية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
المدينة/الولاية/الرمز البريدي:	نوع العمل المقدم له:	هل عُرضت عليك الوظيفة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2. اسم صاحب العمل	تاريخ الاتصال:	طريقة الاتصال: <input type="checkbox"/> شخصياً <input type="checkbox"/> البريد <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> الفاكس <input type="checkbox"/> الإنترنت <input type="checkbox"/> أخرى (حدد):
العنوان:	رقم هاتف صاحب العمل (مع رمز المنطقة):	هل تم استلام طلبك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل قدمت سيرتك الذاتية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
المدينة/الولاية/الرمز البريدي:	نوع العمل المقدم له:	هل عُرضت عليك الوظيفة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3. اسم صاحب العمل	تاريخ الاتصال:	طريقة الاتصال: <input type="checkbox"/> شخصياً <input type="checkbox"/> البريد <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> الفاكس <input type="checkbox"/> الإنترنت <input type="checkbox"/> أخرى (حدد):
العنوان:	رقم هاتف صاحب العمل (مع رمز المنطقة):	هل تم استلام طلبك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل قدمت سيرتك الذاتية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
المدينة/الولاية/الرمز البريدي:	نوع العمل المقدم له:	هل عُرضت عليك الوظيفة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4. اسم صاحب العمل	تاريخ الاتصال:	طريقة الاتصال: <input type="checkbox"/> شخصياً <input type="checkbox"/> البريد <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> الفاكس <input type="checkbox"/> الإنترنت <input type="checkbox"/> أخرى (حدد):
العنوان:	رقم هاتف صاحب العمل (مع رمز المنطقة):	هل تم استلام طلبك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل قدمت سيرتك الذاتية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

لا		
هل عُرضت عليك الوظيفة؟ لا	نوع العمل المقدم له:	المدينة/الولاية/الرمز البريدي:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
يرجى الإشارة إلى أية أنشطة ذات صلة بالتطور الوظيفي شاركت فيها خلال الأسبوع (مثل التواصل عبر شبكات الخبرة وكتابة السيرة الذاتية وزيارة المواقع الإلكترونية أو وكالات التوظيف).		

قياس صحة المزاي  
استبيان مقدم الطلب - مطالبة رفض عدم الفصل  
تاريخ التوظيف الصفحة 1

يرجى تقديم المعلومات التالية ذات الصلة بأصحاب العمل الذين عملت لديهم. ابدأ بالأحدث ثم عد إلى التاريخ المبين. اصف جميع حالات العمل (أي دوام كامل أو دوام جزئي أو خارج الولاية أو عمل فيدرالي أو عمل بالمقولة).

من الوقت الحالي ومنذ  
اليوم / الشهر / السنة

الأحدث من الدرجة الرابعة	الأحدث من الدرجة الثالثة	الأحدث من الدرجة الثانية	الحالي أو الأحدث
اسم صاحب العمل	اسم صاحب العمل	اسم صاحب العمل	اسم صاحب العمل
العنوان	العنوان	العنوان	العنوان
موقع العمل	موقع العمل	موقع العمل	موقع العمل
رقم الهاتف	رقم الهاتف	رقم الهاتف	رقم الهاتف
نوع العمل ضع علامة على جميع ما ينطبق <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> عقد <input type="checkbox"/> فدرالي <input type="checkbox"/> عسكري	نوع العمل ضع علامة على جميع ما ينطبق <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> عقد <input type="checkbox"/> فدرالي <input type="checkbox"/> عسكري	نوع العمل ضع علامة على جميع ما ينطبق <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> عقد <input type="checkbox"/> فدرالي <input type="checkbox"/> عسكري	نوع العمل ضع علامة على جميع ما ينطبق <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> عقد <input type="checkbox"/> فدرالي <input type="checkbox"/> عسكري
مدة العمل اليوم الأول _____ اليوم الأخير _____			
المسمى الوظيفي	المسمى الوظيفي	المسمى الوظيفي	المسمى الوظيفي
أجورك المكتسبة لهذا العمل _____ دولار لكل _____			
ماذ لكنت مهامك الرئيسية في عملك؟			
سبب الفصل <input type="checkbox"/> لا أزال أعمل <input type="checkbox"/> عدم وجود عمل أو التسريح من العمل <input type="checkbox"/> الطرد من العمل <input type="checkbox"/> الاستقالة أو التقاعد <input type="checkbox"/> نزاعات العمل <input type="checkbox"/> عمل موسمي <input type="checkbox"/> أسباب قاهرة أخرى	سبب الفصل <input type="checkbox"/> لا أزال أعمل <input type="checkbox"/> عدم وجود عمل أو التسريح من العمل <input type="checkbox"/> الطرد من العمل <input type="checkbox"/> الاستقالة أو التقاعد <input type="checkbox"/> نزاعات العمل <input type="checkbox"/> عمل موسمي <input type="checkbox"/> أسباب قاهرة أخرى	سبب الفصل <input type="checkbox"/> لا أزال أعمل <input type="checkbox"/> عدم وجود عمل أو التسريح من العمل <input type="checkbox"/> الطرد من العمل <input type="checkbox"/> الاستقالة أو التقاعد <input type="checkbox"/> نزاعات العمل <input type="checkbox"/> عمل موسمي <input type="checkbox"/> أسباب قاهرة أخرى	سبب الفصل <input type="checkbox"/> لا أزال أعمل <input type="checkbox"/> عدم وجود عمل أو التسريح من العمل <input type="checkbox"/> الطرد من العمل <input type="checkbox"/> الاستقالة أو التقاعد <input type="checkbox"/> نزاعات العمل <input type="checkbox"/> عمل موسمي <input type="checkbox"/> أسباب قاهرة أخرى

لقد فهمت الأسئلة الواردة في هذا الاستبيان وأجبت عليها بصدق وفق علمي. وأنا أدرك أن أجوبتي سوف تستخدم في تحديد ما إذا كانت مزايي البطالة الخاصة بي قد تم رفضها بطريقة صائبة. وأنا أعني أن القانون يفرض غرامات على البيانات الخاطئة المقدمة للحصول على المزاي. وأعرف أيضاً أن أجوبتي سيتم التحقق منها.

تاريخ التوقيع

توقيع مقدم الطلب

تاريخ التوقيع

توقيع المسؤول عن المقابلة

لاستخدامات الوكالة فقط → تم الحصول على المعلومات عن طريق:  البريد  الفاكس  الهاتف  شخصياً  البريد الإلكتروني 10

## قياس صحة المزاي

استبيان مقدم الطلب - مطالبة رفض عدم الفصل

### تاريخ التوظيف صفحة 2

يرجى الاستمرار في تقديم المعلومات التالية ذات الصلة بأصحاب العمل الذين عملت لديهم. استمر في سرد تاريخ العمل من الصفحة السابقة رجوعاً إلى التاريخ المبين. أصف جميع حالات العمل (أي دوام كامل أو دوام جزئي أو خارج الولاية أو عمل فيدرالي أو عمل بالمقولة).

من الوقت الحالي ومنذ \_\_\_\_\_

اليوم / الشهر / السنة

الأحدث من الدرجة الثامنة	الأحدث من الدرجة السابعة	الأحدث من الدرجة السادسة	الأحدث من الدرجة الخامسة
اسم صاحب العمل	اسم صاحب العمل	اسم صاحب العمل	اسم صاحب العمل
العنوان	العنوان	العنوان	العنوان
موقع العمل	موقع العمل	موقع العمل	موقع العمل
رقم الهاتف	رقم الهاتف	رقم الهاتف	رقم الهاتف
نوع العمل ضع علامة على جميع ما ينطبق <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> عقد <input type="checkbox"/> فدرالي <input type="checkbox"/> عسكري	نوع العمل ضع علامة على جميع ما ينطبق <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> عقد <input type="checkbox"/> فدرالي <input type="checkbox"/> عسكري	نوع العمل ضع علامة على جميع ما ينطبق <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> عقد <input type="checkbox"/> فدرالي <input type="checkbox"/> عسكري	نوع العمل ضع علامة على جميع ما ينطبق <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> عقد <input type="checkbox"/> فدرالي <input type="checkbox"/> عسكري
مدة العمل اليوم الأول _____ اليوم الأخير _____			
المسمى الوظيفي	المسمى الوظيفي	المسمى الوظيفي	المسمى الوظيفي
أجورك المكتسبة لهذا العمل _____ دولار لكل			
ماذ كنت مهمك الرئيسية في عملك؟			
سبب الفصل <input type="checkbox"/> لا أزال أعمل <input type="checkbox"/> عدم وجود عمل أو التسريح من العمل <input type="checkbox"/> الطرد من العمل <input type="checkbox"/> الاستقالة أو التقاعد <input type="checkbox"/> نزاعات العمل <input type="checkbox"/> عمل موسمي <input type="checkbox"/> أسباب قاهرة أخرى	سبب الفصل <input type="checkbox"/> لا أزال أعمل <input type="checkbox"/> عدم وجود عمل أو التسريح من العمل <input type="checkbox"/> الطرد من العمل <input type="checkbox"/> الاستقالة أو التقاعد <input type="checkbox"/> نزاعات العمل <input type="checkbox"/> عمل موسمي <input type="checkbox"/> أسباب قاهرة أخرى	سبب الفصل <input type="checkbox"/> لا أزال أعمل <input type="checkbox"/> عدم وجود عمل أو التسريح من العمل <input type="checkbox"/> الطرد من العمل <input type="checkbox"/> الاستقالة أو التقاعد <input type="checkbox"/> نزاعات العمل <input type="checkbox"/> عمل موسمي <input type="checkbox"/> أسباب قاهرة أخرى	سبب الفصل <input type="checkbox"/> لا أزال أعمل <input type="checkbox"/> عدم وجود عمل أو التسريح من العمل <input type="checkbox"/> الطرد من العمل <input type="checkbox"/> الاستقالة أو التقاعد <input type="checkbox"/> نزاعات العمل <input type="checkbox"/> عمل موسمي <input type="checkbox"/> أسباب قاهرة أخرى

قياس صحة المزاج  
استبيان مقدم الطلب - مطالبة رفض عدم الفصل

يرجى تزويدنا بمعلومات تفصيلية  
حول:

لقد فهمت الأسئلة الواردة في هذا الاستبيان وأجبت عليها بصدق وفق علمي. وأنا أدرك أن أجوبتي سوف تستخدم في تحديد ما إذا كانت مزايا البطالة الخاصة بي قد تم رفضها بطريقة صائبة. وأنا أعني أن القانون يفرض غرامات على البيانات الخاطئة المقدمة للحصول على المزايا. وأعرف أيضاً أن أجوبتي سيتم التحقق منها.

توقيع مقدم الطلب	تاريخ التوقيع
توقيع المسؤول عن المقابلة	تاريخ التوقيع

QC06N